Nr. 43. 22. października 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Doc. Dr. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

Sztuczna pochwa metodą Kirschnera-Wagnera po dwuletniej obserwacji.

Z oddziału położn.-ginekolog. Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie.

Wady wrodzone rozwojowe narządów rodnych są bardzo różnorodne. Pochodzi to stąd, iż narząd rodny wewnętrzny powstaje w złożony sposób z przewodów Müllera i ciała Wolffa. Najrzadszą stosunkowo wadą bywa zupełny brak pochwy. Najczęściej stwierdzamy wtedy brak macicy i jajników; niekiedy narządy te powstają w stanie szczątkowym.

Jak wynika ze statystyk zbiorowych różnych autorów z różnych krajów — wrodzony brak pochwy najczęściej zachodzi u ludności wiejskiej. Największą ilość przypadków braku pochwy leczonych operacyjnie notują statystyki rosyjskie. Rabinowicz zebrał z piśmiennictwa około 400 przypadków sztucznej pochwy; z tego materjału większość przypada na Rosję.

Sniegiriew po raz pierwszy użył do wytworzenia sztucznej pochwy odbytnicy. Metodę tę opracował i ogłosił w roku 1904 i nazwał ją *„restitutio vaginae per transplantationem et implantationem recti"*. Tą metodą operował 4 przypadki. Przedtem bowiem stosowano operacje plastyczne, polegające na przeszczepianiu błony śluzowej, błony otrzewnej, skóry — do kanału, wytworzonego pomiędzy pęcherzem moczowym a kiszką stolcową.

Operacje powyższe wykonali w latach 1870—1904 Le Forte, Credé, Bumm, Gersuny, Święcicki i t. p. z wynikiem niepomyślnym.

W roku 1911 autor rosyjski Popow zmodyfikował metodę Sniegiriewa w ten sposób, iż wycinał część odbytnicy i wprowadzał ten odcinek do łoża wytworzonego pomiędzy pęcherzem a kiszką stolcową. Niezależnie od niego w tym samym czasie Schubert użył tej samej metody, opracował jej technikę i ogłosił w prasie. Odtąd metoda ta przeszła do piśmiennictwa jako metoda Schuberta.

W roku 1910—1912 Baldwin Mori i Haeberlin ogłosili swoją metodę wytworzenia pochwy z petli jelita cienkiego.

Metody, podane przez Schuberta, Popowa oraz Baldwina Mori, były stosowane w ginekologji operacyjnej do lat ostatnich. W Anglji, Francji i Ameryce chętniej wykonywano operację Baldwin Mori, w Niemczech natomiast Austrji i Rosji więcej zwolenników zyskała metoda Schuberta.

Jak już wspomniałem, Rabinowicz zebrał z piśmiennictwa około 400 przypadków sztucznej pochwy, leczonych operacyjnie. Z tego w 148 przypadkach wykonano sztuczną pochwę z odbytnicy, w pozostałych z jelita cienkiego. Śmiertelność pooperacyjna dla pierwszej metody wynosiła około 12%, dla drugiej około 28%. Przyczyną śmierci po operacji Schuberta było najczęściej zakażenie. Przyczyną wielkiej śmiertelności po utworzeniu pochwy z jelita cienkiego było najczęściej zapalenie otrzewnej, zgorzel krezki, skręt jelit. Ponadto wspomina autor o chorobliwości, która po operacji metodą Schuberta była dość duża. Występowały bowiem nierzadko przetoki kałowe, niemożność zatrzymania wiatrów i kału wskutek osłabienia zwieracza odbytu, wreszcie wypadnięcie nowej pochwy, upławy gryzące, powodując wypryski, bóle w pochwie i t. d. Autor nie wspomina w tych zestawieniach o dalszych losach operowanych chorych, tudzież o wartości sztucznej pochwy pod względem czynnościowym.

Naogół w piśmiennictwie jest mało spostrzeżeń, dotyczących dalszych losów operowanych chorych. Z tych skąpych wiadomości, jakie mamy, wynikałoby, że pochwa z jelita cienkiego staje się z biegiem czasu bardzo wąska, nierzadko spostrzegano na jej ścianach owrzodzenia, opisano nowotwory złośliwe. Pod względem czynnościowym sztuczna pochwa, wykonana metodą Schuberta jest znacznie lepsza, gdyż jest szersza i bardziej oporna na urazy. Najlepiej świadczy o tem przypadek Wagnera, jedyny w piśmiennictwie światowem. Dotyczył on kobiety, u której Wagner wykonał sztuczną pochwę metodą Schuberta. U chorej tej macica i przydatki były zupełnie prawidłowe. Operowana zaszła trzykrotnie w ciążę i urodziła siłami natury 3 żywych dzieci. Ostatnie dziecko ważyło 4 kg. Nie stwierdzono przytem żadnych obrażeń sztucznej pochwy.

W piśmiennictwie polskiem sztuczna pochwa posiada również swoją kartę. Rosner był zwolennikiem metody Schuberta, a w ślad za nim tą drogą poszli Zubrzycki i Szymanowicz. Sołowij natomiast przez szereg lat był zwolennikiem metody Baldwin Mori i operował tym sposobem 18 kobiet. Po tej operacji miał Sołowij 16% śmiertelności. To sprawiło, że w ostatnich latach nosił się z zamiarem porzucenia tej metody i skłaniał się ku operacji Schuberta.

A zatem wyniki doraźne i odległe po stosowaniu wspomnianych metod były naogół niekorzystne. Wyłoniła się stąd kwestja, czy warto wobec tego narażać młodą i zdrową kobietę na śmierć lub kalectwo dlatego tylko, by utworzyć jej pochwę, która pod względem swej czynności pozostawia dużo do życzenia.

Większość ginekologów stała na stanowisku negatywnem i tylko w bardzo wyjątkowych wypadkach decydowała się na ten poważny zabieg. Rosner wykonywał ten zabieg tylko wyjątkowo. Sołowij przed każdą operacją uprzedzał pacjentkę, że operacja jest bardzo poważna, zagrażająca życiu i t. p., mimo to raz tylko wydarzyło się, że pacjentka nie zdecydowała się na zabieg.

Znaczna śmiertelność i chorobliwość po tych operacjach sprawiły, że obecnie zwrócono się ponownie do dawnych zupełnie bezpiecznych metod plastycznych. Aseptyka i technika transplantacji sprawiły, że uzyskano obecnie bardzo dobre wyniki.

Gersuny w roku 1904 starał się utworzyć sztuczną pochwę metodą Thierscha. Rozumiał on już wtedy znaczenie protezy, którąby należało wprowadzić do wytworzonego łoża. Postępował on w ten sposób, iż przygotował z gazy walcowaty tampon, owinął go papierem gutaperkowym i posmarował cienką warstwą gumy arabskiej. Na tak przygotowaną protezę nakładał płatki naskórka, pobrane z wewnętrznej powierzchni ud i wprowadzał następnie do kanału pomiędzy pęcherzem a kiszką stolcową.

W roku 1926 Müller utworzył sztuczną pochwę metodą Thierscha z wynikiem korzystnym. Użył protezy dług. 18 cm grub. 3—4 cm i nadał jej kształt rozszerzadła Hegara. Płatki skórne, wprowadzone na tej protezie przyjęły się do dni 7. Operowana zgłosiła się do kontroli po 3 i pół latach. Stwierdził, że pochwa była drożna dla 2 palców, długa na 8 cm i zwężała się ku górze. Ściany były pokryte naskórkiem.

W roku 1930 ginekolog Wagner i chirurg Kirschner utworzyli sztuczną pochwę metodą Thierscha, używając jako protezy gąbki kauczukowej, której nadano postać rozszerzadła Hegara dług. 12 cm, grub. 8—10 cm. Przez środek protezy przeprowadzono stetoskop, który miał za zadanie odprowadzać nazewnątrz wydzielinę, gromadzącą się w pochwie i w protezie. Wynik operacyjny był bardzo dobry. W niedługim czasie wspomniani autorowie operowali w podobny sposób drugi przypadek. Metodę powyższą opisali jako własną *(Zbl. f. G.* Nr. 43 r. 1930) i odtąd metoda ta została przyjęta w piśmiennictwie jako operacja Kirschnera-Wagnera.

Wspólnie z kol. Doc. Grucą wykonaliśmy dnia 14 marca 1931 r. powyższą operację u pacjentki o wrodzonym braku pochwy i macicy. (patrz Gin. Polska t. X. zesz. 10—12. 1931).

Zmiany, jakie poczyniliśmy w technice operacyjnej, zasługują na podkreślenie. Użyliśmy również protezy z gąbki kauczukowej, kształt i wielkość tej protezy dostosowaliśmy do kształtu kanału, wytworzonego pomiędzy pęcherzem a odbytnicą. Rozmiary jej były w stosunku do wielkości zamierzonej pochwy celowo za duże. Szczegół ten uważaliśmy za ważny, gdyż proteza w ten sposób urządzona wywierała delikatny i stały ucisk na ściany, tamowała zatem krwawienie z drobnych naczyń i przeciwdziałań kurczeniu się łoża. Dla nadania protezie oporności na ucisk pionowy, przeprowadziliśmy przez środek gąbki dren gumowy, podziurawiony, dług. palca. Dren taki był odpowiedniejszy od stetoskopu, gdyż był elastyczny i w danych warunkach stanowił centralny kanał gąbki, odprowadzający nadmiar wydzieliny nazewnątrz. Pobieraliśmy płatki małe, drobne i niemi pokrywaliśmy protezę. Niektóre z nich połączyliśmy szwami katgutowemi. Wynik operacji bardzo korzystny. Pacjentka opuściła oddział 21 kwietnia w następującym stanie: pochwa dług. 9 cm zwężająca się ku górze; założenie zwykłych wzierników łyżkowych zupełnie łatwe. Do lejka na szczycie

pochwy wchodziły 2 palce. Stan, jaki wtedy stwierdzono, przypominał łudząco pochwę po całkowitem wycięciu macicy.

W rok po operacji chora zgłosiła się do kontroli, była wtedy demonstrowana i omawiana w Lwowskiem Tow. Lek. Badanie ginekologiczne wykazało, iż pochwa jest krótsza i na szczycie węższa. Długość jej wynosiła 8 cm, a do lejka na szczycie z trudem wchodziły 2 palce. Ściany pokryte wysepkami, ulegającemi miejscami maceracji. Badanie drobnowidowe wydzieliny wykazało obecność paciorkowców i gronkowców niechorobotwórczych. Wedle zapodań chorej stosunki płciowe odbywały się bez bólów.

Po upływie 2 lat od operacji zostałem wezwany w sprawie owej chorej do Sądu, jako rzeczoznawca. Mąż bowiem wniósł skargę o unieważnienie małżeństwa, motywując ją niemożnością życia płciowego. Mąż podawał, że na prąciu występują po stosunku owrzodzenia, które sprawiają mu ból, wymagają leczenia, w czasie stosunku nie odczuwa uczucia rozkoszy. Badając pacjentkę, stwierdziłem stan, jaki istniał przed pół rokiem.

Oceniając zatem po 2-letniej obserwacji wartość tej prostej metody, dojść należy do wniosku, że sztuczna pochwa w ten sposób wytworzona oprócz dodatnich stron posiada pewne braki. Przedewszystkiem podnieść należy suchość pochwy i jej płytkość. Z biegiem czasu staje się ona krótsza i węższa. W danym przypadku po dwu latach od wykonanej operacji długość pochwy wynosiła 8 cm, założenie zwykłych wzierników było łatwe, jednak w górnym odcinku pochwa była znacznie węższą niż u wejścia. Przedstawiała się ona jako lejek. Stosunki płciowe mogły się odbywać nawet z łatwością; należało przedtem tylko wprowadzić do pochwy gałki z waseliny, któreby przygotowały pochwę do tego aktu i ułatwiały jego odbycie. Mimo to znaczenie tej metody operacyjnej jest duże. Sądzę bowiem, iż obecnie w przypadkach wrodzonego braku pochwy będziemy stosować tylko metody transplantacji. Jakkolwiek pochwa w ten sposób wytworzona będzie gorszą pod względem swej czynności od pochwy wytworzonej z jelita cienkiego, a przedewszystkiem z odbytnicy, to jednak odpadają wszystkie niebezpieczeństwa, pozostające w związku z wyżej przytoczonemi metodami, oraz ich odmianami. Kwestja wskazań do wytworzenia sztucznej pochwy zostałaby również załatwiona.

W międzyczasie zastosowali tę metodę z dobrym skutkiem Stoeckel w 4 przypadkach, Vogt, Miländer, Ostricil. Nie ogłosili jednak dotychczas swoich spostrzeżeń co do dalszych losów operowanych przypadków.

W piśmiennictwie polskiem nasz przypadek jest pierwszym, korzystnym przypadkiem utworzenia sztucznej pochwy drogą wszczepienia płatków skóry na protezie gumowej sposobem Thierscha-Olliera.

Sztuczną pochwę metodą Kirschnera Wagnera wykonali w Krakowie Glatzel i Zubrzycki i omówili ten przypadek na Zjeździe Ginekologów w Krakowie w roku 1931. O trwałości tego zabiegu oraz jego wartości autorowie nie wypowiedzieli się definitywnie, gdyż okres obserwacji przypadku był bardzo krótki.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. G. KREMER. Warszawa-Otwock.

O patogenezie, wykryciu i znaczeniu objawu odmy otrzewnowej w przedziurawieniach wrzodu żołądka lub dwunastnicy [1]).

Z całego szeregu objawów przedziurawienia wrzodu żołądka i dwunastnicy, opisanych przeze mnie w pracy „ o przedziurawieniu wrzodu żołądka i dwunastnicy" [2]) wyłonię jeden objaw, na który pozwoliłem sobie zwrócić szczególną uwagę przy opisie symptomatologji i na którym opieram swoje obecne rozważania.

Jest to objaw o różnych nazwach, ale o jednem podłożu patogenetycznem: brak stępienia wątrobowego — bębnica przedwątrobowa, *sonorité préhépatique.*

Jak sobie objaw ten wytłumaczyć i jaka jest jego patogeneza? Tłumaczymy go w ten sposób, że bębnica przedwątrobowa jest uwarunkowana obecnością gazu w wolnej jamie otrzewnowej. Ale skąd się bierze ten gaz w wolnej jamie otrzewnowej, w której normalnie niema żadnego gazu? Jaka jest geneza tego gazu?

W żołądku zazwyczaj znajduje się pewna ilość powietrza *(aerogastria).* To ostatnie dostaje się do żołądka przez połykanie *(aerophagia)* i jest u różnych osobników mniej lub więcej zaznaczone. Obecność powietrza w żołądku ma swój wyraz w odgłosie bębenkowym, który słyszymy, opukując żołądek, naturalnie o ile on nie jest zbyt napełniony, a na obrazie rentgenowskim w charakterystycznej bańce powietrznej, która odcina się powyżej papki kontrastowej od otoczenia swojemi konturami i jasnością; w pozycji stojącej bańka ta zajmuje górną część żołądka, tak zwany wpust.

Co się dzieje z tem powietrzem przy wytworzeniu się przedziurawienia?

Stosuje się ono do następujących praw fizycznych:

1) o ile w ściance łączącej dwa zamknięte naczynia, z których w jednem znajduje się gaz pod pewnem ciśnieniem, zrobić otwór, to gaz ten będzie się przedostawał do drugiego, dopóki w obydwóch nie ustali się jednakowe ciśnienie;

2) gaz przez swą lekkość dąży do zajęcia w przestrzeni zamkniętej najwyżej położonego miejsca.

Otóż jeżeli chory z przedziurawieniem będzie leżał nawznak, to powietrze zajmie w żołądku najwyższe miejsce pod powłokami brzusznemi, a gdy otwór perforacyjny znajdzie się na przedniej ściance żołądka, co ma zazwyczaj miejsce, jak o tem wzmiankowaliśmy w wymienionej pracy, to przez ten otwór dostanie się do wolnej jamy otrzewnowej. Jeżeli chory zajmie później pozycję stojącą lub nawpół siedzącą, to stosując się do wspomnianego drugiego prawa fizycznego, powietrze dostanie się w jamie otrzewnowej do najwyższego miejsca, t. j. pod przeponę brzuszną. Będziemy wtedy mieli wypukowo ten charakterystyczny objaw bębnicy przedwątrobowej, którą Soupault też słusznie radzi doszukiwać się u chorego w pozycji nawpół siedzącej, a rentgenologicznie stwierdzimy u chorego w pozycji stojącej obecność powietrza pod przeponą w postaci jasnego pasma pomiędzy przeponą a wątrobą, w kształcie zbliżonym najczęściej do sierpowatego.

Cieniowo o wiele wyraźniej przedstawia się obraz rentgenowski nie w pozycji stojącej, gdzie w przypadkach przedziurawienia powietrzność przestrzeni podprzeponowej zlewa się z powietrznością płuc, przyczem pomiędzy przestrzenią płucną, a podprzeponową znajduje się cienka linja przepony, lecz w pozycji leżącej, gdzie jasna warstwa powietrza znajduje się pomiędzy ciemną linją powłok brzusznych, a ciemnemi zazwyczaj na prześwietleniu trzewami.

Jeżeli jednakże objaw bębnicy przedwątrobowej dotychczas nie jest jeszcze dostatecznie spopularyzowany i nie zdobył sobie praw obywatelstwa, to poniekąd dlatego, że często nie bywa on poszukiwany ani opukowo, ani rentgenologicznie. Jednakże główna przyczyna jego ominięcia tkwi w tem, że przy zwykłych warunkach bywa on nieraz słabo zaznaczony tem bardziej, że zazwyczaj bada się chorego w pozycji leżącej i dlatego nie zawsze bywa wykryty nawet przez tych, którzy go szukają. Pozatem częsty brak aparatu rentgenowskiego pod ręką, nieraz nawet w dobrych zakładach, również nie sprzyja tego rodzaju badaniom.

Przyszła mi wobec tego do głowy myśl dopomóc naturze, postarać się ten objaw, nieraz niezupełnie zaznaczony, uwydatnić, uwypuklić, przedstawić go w większych rozmiarach. Postąpiłem jak karykaturzysta, który chwyta czasami drobny szczegół w twarzy pewnej osoby i ten szczegół wyolbrzymia.

Chodziło mi o powiększenie ilości powietrza lub ogólniej mówiąc gazu w żołądku, a co za tem nastąpi w przypadkach przedziurawienia — o większą ilość powietrza przedostającego się przez otwór do wolnej jamy otrzewnowej, a więc i o wywołanie, jeśli można się tak wyrazić, i o uwypuklenie objawu bębnicy przedwątrobowej — wypukowo i rentgenologicznie.

Ilość gazu w żołądku możemy powiększyć, wprowadzając do niego:

1) wodę, najlepiej alkaliczną, mocno nasyconą gazem, która wypełni podwójne zadanie: po pierwsze będzie nosicielem gazu, po drugie jej elementy zasadowe połączą się z kwasem solnym żołądka, tworząc sól i wyzwalając kwas węglowy w postaci gazowej.

2) dwuwęglan sodu, który łącząc się z kwasem solnym zwolni dwutlenek węgla ($Na_2CO_3+2HCl=2\,NaCl+H_2O+CO_2$);

3) według starej metody Frericha, celem wywołania wzdęcia żołądka, kwas octowy i sodę, przez co osiągniemy większe ilości CO_2, niż poprzednim sposobem [1]);

4) powietrze, polecając osobnikowi połykać powietrze, co niektórzy doskonale uskuteczniają.

Temi sposobami osiągniemy wytworzenie się gazu w żołądku (znane jest nam wszystkim uczucie t. zw. odbijania po wypiciu wody gazowej, lub użyciu sody lub też sody z jakimś kwasem). Gaz ten w przypadkach przedziurawienia nie odbije się przez usta, lecz pójdzie w innym kierunku, wydostając się po linji naj-

---

[1]) Według odczytu, wygłoszonego 18. III. 1932 w Stow. Lek. w Otwocku a w VI. 1932 w Polskiem Tow. Gastrologicznem.

[2]) P. G. L. Nr. 32. 1933.

[1]) Sposób ten nadaje się do zastosowania tylko w wyjątkowych przypadkach.

mniejszego oporu, t. j. przez gotowy otwór do wolnej jamy otrzewnowej, nie mając potrzeby do rozwarcia zamkniętego wpustu.

W niektórych, odpowiednich ku temu przypadkach, przy zadawalającym stanie ogólnym, możemy zrobić krok dalej i użyć środka, który ilość wprowadzonego powietrza uzależni od naszej woli: mam na myśli zgłębnik żołądkowy, zakończony pompką do wtłaczania powietrza.

Wdmuchiwanie lub wtłaczanie powietrza do żołądka w celach rozpoznawczych — jest to środek stary, który pierwszy zastosował Runeberg. Badacz ten łączył zgłębnik żołądkowy z podwójną pompką gumową. Przypominam sobie, że mój profesor, chirurg lozański Roux nieraz upraszczał sobie ten zabieg, przykładając koniec zgłębnika do swoich ust i w taki sposób — ostrożnie naturalnie — wdmuchiwał powietrze do żołądka badanego chorego.

Dzięki napełnieniu żołądka powietrzem można było ustalić co następuje:

1) wzrokowo: u chorego o cienkich powłokach brzusznych — „stawianie się" żołądka, jego ułożenie, kontury dużej i małej krzywizny, oraz odźwiernika i t. d. Normalny żołądek uwypuklał się w nadbrzuszu mniejwięcej do pępka. W przypadkach rozstrzeni żołądka duża krzywizna znajdowała się zazwyczaj poniżej pępka. Przy opuszczonym żołądku mała krzywizna również sięgała pępka. W przypadkach wrzodu okołoodźwiernikowego i zrostów odźwiernik bywa zazwyczaj przemieszczony na prawo od pępka;

2) wypukowo: uzupełnienie badania wzrokowego, szczególnie u osobników o grubych powłokach — odgłos bębenkowy odpowiadający granicom normalnym, ewentualnie rozszerzonym lub opuszczonym i t. d.

Od czasu wprowadzenia papki kontrastowej dla rentgenowskich prześwietleń żołądka, sposób Runeberga stracił na znaczeniu i został prawie całkowicie wypchnięty przez prześwietlenie promieniami Roentgena, tem bardziej, że zarzucono mu możliwość wywołania przedziurawienia żołądka w przypadkach owrzodzeń. Chociaż przy delikatnem i odpowiedniem zastosowaniu nadmuchiwania obawy przedziurawienia były przesadzone, jednakże prześwietlenie miało tę przewagę, że umożliwiało dokładniejszy wgląd w stan żołądka dlatego, że po pierwsze nadmuchiwanie zazwyczaj stosowano bardzo krótko i lekarz nieraz nie był w stanie w ciągu tak krótkiego czasu spostrzec dokładnie wszystkich zjawisk zarówno wzrokowo jak i opukowo, prześwietlenie natomiast rentgenowskie pozwalało na dłuższą obserwację, a szczególnie rentgenogram — na dokładne przestudjowanie kliszy; po drugie: rzecz bardzo ważna — na Roentgenie można było również spostrzec i ruchy żołądka t. j. objawy jego dynamiki. Wobec tego metoda Runeberga poszła prawie w zapomnienie i młodsze pokolenie lekarzy wie o niej bardzo mało.

Później Röpke podchwycił myśl połączenia tych 2 metod: nadmuchiwania żołądka i prześwietlenia go — metoda znana pod nazwą pneumogastrografji i zastosował ją w celach rozpoznania owrzodzeń żołądka. Inni badacze, jak Sigmund i Pernet wykorzystali tę metodę: pierwszy w celach rozpoznania dobrotliwych nowotworów żołądka, drugi dla zbadania zwężeń śródżołądkowych.

Duval, J. Ch. Roux i H. Béclère udoskonalili ten sposób badania, połączywszy zgłębnik żołądkowy z pompką ssącotłoczącą *(une pompe foulante et aspirante — séringue de Jubé)* i wykonywując te badania pod ekranem rentgenowskim; w taki sposób można dowolnie regulować nadmuchiwanie i uniknąć nadmiaru powietrza *(une surdistention)*, ewentualnie zmniejszyć ciśnienie śródżołądkowe, o ile chory sie skarży na dolegliwości.

Wymienieni autorzy ogłosili spostrzeżenia dokonane tym sposobem, a tyczące się wrzodów i guzów żołądka, w marcowej książce *Arch. de mal. digest. et nutrit.* z roku 1928. Uważają oni metodę tę za pozbawioną wszelkiego niebezpieczeństwa.

Stosując więc w przypadkach podejrzenia przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy szereg wyżej wymienionych sposobów, mających na celu powiększenie ilości gazu w wolnej jamie otrzewnowej, spowodujemy pewne zjawiska, które będziemy badali: a) oglądając gołem okiem powłoki brzuszne; b) opukując brzuch i c) prześwietlając promieniami Roentgena.

Mogą się przedstawić dwie ewentualności: 1) albo żołądek i dwunastnica są całe, 2) albo zazwyczaj jedno z nich jest przedziurawione.

W pierwszym przypadku możemy stwierdzić oglądając brzuch u chorych, szczególnie o cienkich powłokach brzusznych, objaw „stawiania się" żołądka. Odrazu uwypukla się relief żołądka o mniejwięcej normalnej konfiguracji przedniej. Kontury żołądka są wyraźne i nie ulegają zmianom w przeciągu krótkiego czasu obserwacyjnego, o ile nie dodamy lub nie wypuścimy trochę powietrza. Wypukowo stwierdzimy odgłos bębenkowy nad przestrzenią żołądkową, odpowiadający rozszerzonemu wskutek nadmuchiwania żołądkowi. Granice tego odgłosu nie zmieniają się ze zmianą ułożenia chorego, czyto w pozycji Fowlera, Trendelenburga, na prawy lub lewy bok. Pozatem względne przytłumienie nad talerzami biodrowemi. Rentgenologicznie stwierdzimy rozjaśnienie żołądka; ostre kontury żołądka rozszerzonego: *pneumo-ventriculum*.

W przypadku drugim t. j. przedziurawienia, trzeba oczekiwać zjawisk zgoła odmiennych. Oglądanie powłok brzusznych może i da w pierwszej chwili obraz „stawiania się" żołądka o mniejwięcej ostrych konturach, ale to „stawianie się" utrzyma się tylko krótko, potem zniknie, zniknie również ostrość granic, natomiast spostrzeżemy wzdęcie ogólne brzucha, które w miarę nadmuchiwania będzie wciąż wzrastało spowodu przedostania się powietrza z żołądka do wolnej jamy otrzewnowej. Wypukowo — w pozycji leżącej nawznak — odgłos bębenkowy już nietylko nad żołądkiem, lecz nad całym brzuchem. Umiejscowienie odgłosu zmieni się ze zmianą ułożenia chorego:

1) w pozycji Fowlera — odgłos jest pod przeponą;

2) w pozycji Trendelenburga — odgłos jest tuż pod spojeniem łonowem;

3) w pozycji „prawego boku" — odgłos jest po lewej stronie brzucha;

4) w pozycji „lewego boku" — odgłos jest po prawej stronie brzucha.

Rentgenologicznie: żołądek się rozjaśni, ale kontury nie będą tak sprecyzowane, natomiast — rzecz najważniejsza — stwierdzimy w pozycji stojącej obecność powietrza pod przeponą. Jeżeli zaś chorego ułożymy nawznak, to pasmo powietrza zjawi się pomiędzy powłokami brzusznemi, a trzewami.

W tem miejscu chciałbym wspomnieć o rzadko zdarzających się, ale opisanych przebiciach wrzodu żołądkowego do jamy opłucnowej, ewentualnie do płuca. Stosując proponowane przeze mnie sposoby, osiągniemy w tych przypadkach odmę piersiową sztuczną, którą wypukowo i rentgenoskopowo łatwo będzie stwierdzić i która zadecyduje o rozpoznaniu. W razie przebicia do miąższu płucnego, o ile ustali się komunikacja z oskrzelem, powietrze wdmuchiwane będzie się przedostawało przez usta chorego.

Aby przekonać się, że moje przypuszczenia są słuszne, przystąpiłem do zbadania tych możliwości drogą doświadczalną.

Doświadczenie przerobiłem na psie. (Doświadczenie wykonaliśmy z p. dr. med. vet. Papciakiem, za co niniejszem składam mu serdeczne podziękowanie). Prześwietliliśmy psa uprzednio i stwierdziliśmy normalny obraz rentgenologiczny. Po dokonaniu laparotomji w znieczuleniu ogólnem, zrobiliśmy w żołądku sztuczny otwór wielkości grosza na 3—4 cm powyżej odźwiernika i zeszyliśmy brzuch dokładnie. Niestety pies nasz w tem stadjum doświadczenia padł spowodu nadmiernego stosowania chloroformu. Badanie kontynuowaliśmy. Łatwo wprowadziwszy do żołądka zgłębnik zakończony gumową pompką, ustawiliśmy psa w pozycji stojącej pod ekran i zaczęliśmy wdmuchiwać powietrze. Żołądek natychmiast zaczął się rozjaśniać, rozszerzać i w pewnej chwili zauważyliśmy powietrze pod przeponą. W miarę nadmuchiwania ilość powietrza pod przeponą zwiększała się. Mieliśmy obraz następujący, jaskrawo odróżniający się od zwykłego: klatka piersiowa była przez przeponę podzielona na części górną i dolną; granicę pomiędzy niemi stanowiła przepona. Ponad i pod przeponą obraz prawie identyczny: obraz obecności powietrza, przedstawiającego się jasno w odróżnieniu od ciemnych serca i trzew.

W miarę dalszego nadmuchiwania powietrze zajmowało miejsce wzdłuż wstępnicy. Wątroba i trzewia opuszczały się coraz niżej, dając na ekranie obraz ciemnej zbitej masy.

Ułożywszy psa w pozycji poziomej, brzuchem do góry, stwierdziliśmy co następuje: powietrze dostawszy się pod powłoki brzuszne tworzyło jasne pasmo pomiędzy powłokami brzusznemi, które przedstawiały się ciemno, a trzewami, również ciemnemi. Ten obraz był o wiele wyraźniejszy od poprzedniego, albowiem na poprzednim powietrzność podprzeponowa jakby się zlewała z powietrznością płuc, pomiędzy niemi była cienka linja przepony, natomiast na ostatnim obrazie jasne pasmo powietrzne było jakby obramowane z góry i z dołu ciemnemi linjami.

Prawdopodobnie na żywym psie obraz pionowego ustawienia byłby pod innym względem więcej demonstracyjny, albowiem pies żywy (nasz zginął podczas zabiegu) zachowałby żywe ruchy przepony i dlatego łatwo byłoby spostrzec gaz pod przeponą.

Doświadczeniem tem dowiedliśmy, że powietrze, które wprowadziliśmy do żołądka, może przez otwór perforacyjny przedo-

stawać się do wolnej jamy otrzewnowej. Niema więc powodu do przypuszczenia, aby powietrze, które zazwyczaj znajduje się w żołądku, nie mogło się przedostać przez otwór perforacyjny do wolnej jamy otrzewnowej i w ten sposób tworzyć objaw bębnicy przedwątrobowej; tem bardziej, że, jak zaznaczają niektórzy badacze, ten ostatni objaw jest wczesny, a więc zjawia się w okresie, gdy niema żadnych innych źródeł dla wytworzenia się gazów w wolnej jamie otrzewnowej.

Że tak jest, że powietrze lub gaz żołądkowy, względnie dwunastniczy ma dążenie, stosownie do prawa fizycznego, do przedostania się we wszystkich kierunkach, o ile nie napotyka na przeszkodę ze strony ścianki żołądka, względnie dwunastnicy lub zamkniętego zwieracza wpustu lub odźwiernika, ilustrują rentgenogramy następujących autorów:

Grabowski i Hilarowicz opisali przypadek następujący: choremu, po wydostaniu u niego zapomocą zgłębnika dwunastnicowego 40 cm^3 żółci, wpuszczono przez tenże zgłębnik około 50 cm^3 powietrza do dwunastnicy. Na rentgenogramie spostrzeżono obecność powietrza w przewodach żółciowych: wspólnym, wątrobowym i rozgałęzieniach dróg żółciowych w wątrobie. Na operacji u tegoż chorego stwierdzono obraz następujący: „w przewodzie żółciowym wspólnym w części zadwunastnicowej tuż nad ujściem do dwunastnicy tkwił kamień wielkości orzecha laskowego. Przewód żółciowy wspólny znacznie rozszerzony. Kamień usunięto po uruchomieniu dwunastnicy od strony prawej i otwarciu przewodu wspólnego od zewnątrz, przyczem okazało się, iż kamień tkwił stożkowatym swym końcem w samej brodawce Vatera, która po usunięciu kamienia okazała się zupełnie drożną, a światło jej było rozszerzone, ziejące". Ułożenie kamienia stożkowatym końcem do dwunastnicy wytworzyło w pewnych warunkach coś w rodzaju wentyla stożkowego, przez który powietrze z dwunastnicy, stosując się do prawa fizycznego, przedostawało się do przewodu wspólnego, znajdując przed sobą drogę wolną i nie napotykając na żaden opór.

Mesz również stwierdził w jednym przypadku na rentgenogramie obecność powietrza w przewodzie wspólnym, który to przewód był na operacji przez Wertheima połączony z żołądkiem ***(choledochogastrostomia)*** spowodu istnienia małego guzka (nowotworu?) w brodawce Vatera, zamykającego światło przewodu i zatrzymującego odpływ żółci (jak z pooperacyjnego przebiegu klinicznego wynika był to nie nowotwór, lecz prawdopodobnie kamień; Wertheim ograniczył się wobec bardzo ciężkiego stanu operowanej do zespolenia przewodu żółciowego wspólnego z żołądkiem, nie przystępując do wyłuszczenia podejrzanego guza i t. d.).

Te spostrzeżenia dowodzą, że o ile w ściance żołądka lub dwunastnicy jest otwór, to powietrze z żołądka, względnie dwunastnicy dąży do przedostania się przez ten otwór, przyczem różnica ciśnień po obydwu stronach otworu jest decydująca dla nadania kierunku prądowi powietrza. Jeżeli otwór ten łączy żołądek lub dwunastnicę z jamą otrzewnową, jak to zazwyczaj ma miejsce w przedziurawieniach wrzodu żołądka i dwunastnicy, to rzecz jasna, że powietrze z żołądka lub dwunastnicy będzie się przedostawało do jamy otrzewnowej, tworząc obraz odmy otrzewnowej *(pneumoperitoneum)*.

Uważałbym za rzecz bardzo wskazaną zachęcić kolegów do skontrolowania naszych wyników szczególnie przez rentgenologów, zaś wypróbowanie w odpowiednich przypadkach tych łatwych sposobów powiększenia ilości gazu w żołądku, ewentualnie i nadmuchiwania pompką przez chirurgów.

Tu zaś podkreślam doniosłość wyszukania objawu bębnicy przedwątrobowej i kontroli rentgenowskiej tego objawu. Otóż Roentgen powinien bezwzględnie wejść do arsenału środków badania przypadków podejrzanych na przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy. Pod tym względem nie możemy się zgodzić z twierdzeniem Mühsama, że badanie rentgenowskie w przypadkach podejrzenia na perforację niczego nie osiąga. Zależy czego kto szuka; Mühsam widocznie szukał nie gazu pod przeponą, ewentualnie uważał gaz ten omyłkowo za bańkę powietrzną wpustu żołądka, a szukał daremnie samej perforacji, której rzeczywiście wyszukać prawie że nigdy się nie udaje, tem bardziej, że prześwietla się żołądek bez zastosowania papki kontrastowej. Niejeden błąd byłby dzięki Roentgenowi ominięty. Na dowód mojego zdania przytoczę pracę Finsterbuscha i Grossa, w której autorzy akcentują znaczenie zwykłej rentgenoskopji, bez podawania papki kontrastowej we wszystkich postaciach przedziurawienia żołądka i jelit. Występujący przytem gaz najłatwiej według nich odgraniczyć w pozycji stojącej — pod sklepieniem przeponowem a u ciężko chorych w pozycji leżącej na lewym boku — w okolicy wątroby. Omyłki są poniekąd możliwe w przypadkach ropni podprzeponowych, o ile takowe zawierają gaz *(Flüssigkeitsspiegel!)*, lub gdy część okrężnicy znajdzie się pomiędzy przeponą a wątrobą *(haustra)*. Według nich można stwierdzić gaz w wolnej jamie otrzewnowej mniejwięcej w 86% przypadków przedziurawienia wrzodów.

Również Sergjusz Żydin (Moskwa) podkreśla znaczenie rentgenoskopji dla rozpoznania przedziurawień żołądka lub dwunastnicy na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgów w Paryżu w dniu 10 maja r. b. Szczególnie ogromne znaczenie ma ona w przypadkach wątpliwych. Wnioski swoje Żydin uzasadnia na dużym materjale, bo 212 przypadków za czas od 1 października 1930 r. do 7 października 1932 r. Według niego u osobników małych o klatce piersiowej wydłużonej najłatwiej stwierdzić gaz w pozycji siedzącej pomiędzy przeponą a wątrobą, osobników zaś wysokich o klatce piersiowej wąskiej, radzi prześwietlać z boku w pozycji leżącej nawznak (jak o tem zaznaczyłem powyżej) lub też w kierunku tylno-przednim w pozycji chorego leżącego na prawym lub lewym boku.

Pozatem na zakończenie jeszcze uwaga co do terminologji. Nazwa bębnica przedwątrobowa jest według mnie nieodpowiednia. Bębnica przedwątrobowa jest to objaw, który odpowiada nazwie tylko w pewnej pozycji chorego: stojącej lub nawpół siedzącej; uwarunkowany zaś jest ten objaw, jak już zaznaczyliśmy, obecnością gazu w wolnej jamie otrzewnowej.

Jeżeli chorego ułożymy nawznak, to objaw bębnicy przedwątrobowej zniknie, gaz zbierze się w przestrzeni najwyżej położonej w jamie otrzewnowej, zazwyczaj pod pępkiem; będziemy wtedy mieli objaw nie bębnicy przedwątrobowej, lecz bębnicy pępkowej. Jeżeli chorego ułożymy w pozycji Trendelenburga, to objaw ten przekształci się na bębnicę podłonową i t. d.

Otóż najlepiej, według mego zdania, objaw ten, uwarunkowany obecnością gazu w wolnej jamie otrzewnowej, nazwać objawem obecności gazu w wolnej jamie otrzewnowej lub krócej odmy otrzewnowej; nazwa ta będzie odpowiadała każdemu ułożeniu chorego i obejmie zjawisko to zarówno ze strony wypukowej, jak i rentgenologicznej, bo wyraz „bębnica" zawiera tylko moment wypukowy, wyraz „objaw odmy otrzewnowej" ***(pneumo-peritoneum)*** można również użyć dla scharakteryzowania obecności gazu na obrazie rentgenowskim.

Reasumując, możemy powiedzieć, co następuje:

1) w przypadkach podejrzanych na przedziurawienie żołądka lub dwunastnicy wogóle, a na przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy w szczególności, wyszukanie objawu bębnicy przedwątrobowej lub jak ja proponuję ustalić terminologicznie „objawu odmy otrzewnowej" wypukowo i rentgenologicznie powinno bezwzględnie wejść w zakres badania rozpoznawczego;

2) wprowadzając w wyżej wspomnianych przypadkach gaz do żołądka lub ewentualnie wytwarzając go w nim zapomocą wody gazowej, sody lub sody z uprzedniem podaniem kwasu octowego, dalej, powietrza połykanego przez chorego lub podanego przez zgłębnik żołądkowy — ułatwiamy sobie znacznie wyszukanie objawu odmy otrzewnowej.

Piśmiennictwo:

Duval, J. Ch. Roux i H. Béclère: Arch. mal. app. dig. et nutrit. mars 1928. Nr. 3. — Mühsam: Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Str. 801—802. — Finsterbusch u. Gross: Röntgen Praxis, 1933. Heft 5, Mai. Str. 373. — S. Żydin: Presse Médicale, 1933, Nr. 42, Str. 842. — Grabowski i Hilarowicz: P. G. L. Nr. 41. 1932. — Fejgin, Wertheim i Mesz: Pokaz w Towarzystwie Gastrologicznem w maju 1933. Protokuły Towarzystwa. — Soupault: Pr. Méd. Nr. 9. 1930.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Wacław ZDANOWICZ, b. st. asyst. Klin. Urologicz. Warszawa.

O leczeniu schorzeń zakaźnych dróg moczowych preparatami arsenowemi.

Leczenie dróg moczowych, szczególnie postaci zakaźnych, napotyka duże przeszkody może spowodu niestałych cech drobnoustrojów, ich zjadliwości, oraz zmienności postaci mikrobów, jak również spowodu zmian anatomicznych, jakie towarzyszą schorzeniom w drogach moczowych. Toteż niekiedy wypróbowane środki odkażające są zupełnie bezskuteczne w tej lub innej postaci choroby, a w przypadkach przewlekłych nie należy zaniedbywać stosowania nowych środków, mających swe uzasadnienie.

W piśmiennictwie napotykamy zaledwie wzmianki o leczeniu zapalenia miedniczek nerkowych nowarsenobenzolem lub neosalutanem. Toteż, na zasadzie obserwacji dużej ilości chorych urologicznych, podaję do wiadomości Kolegów wyniki próbne leczenia wyżej wymienionemi preparatami.

Już przed kilku laty, pełniąc czasowo obowiązki ordynatora w szpitalu wojskowym dla chorych wenerycznych, zauważyłem, że chorzy, odbywający kurację przeciwkiłową i cierpiący jednocześnie na ostrą rzeżączkę, w bardzo krótkim czasie pozbywali się tej ostatniej po stosowaniu zastrzyków nowarsenobenzolu. Spostrzeżenia te zachęciły mnie do stosowania preparatów nowarsenobenzolu i neosalutanu w przypadkach rzeżączki bardzo uporczywej, lub mającej przebieg bardzo ostry, w których proces zapalny przechodził na tylną cewkę. Dla przykładu przytoczę kilka przypadków, w których działanie wyżej wymienionych leków było bardzo skuteczne.

1) Chory student 25 lat, cierpi na przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego; choroba trwa 3 lata od czasu zachorowania na rzeżączkę. Leczenie środkami wewnętrznemi, przepłókiwaniami, zastrzykami cylotropiny, gonakryny i in. nie dały żadnych wyników. Badanie wykazało: wycieku z cewki niema, mocz w 2 porcjach — mętny, zawiera masę leukocytów, ślady białka, wałeczków niema, stercz bez większych zmian. Po jednym zastrzyku dożylnym nowarsenobenzolu w ilości 0,45 mocz chorego stał się przeźroczysty, i po parotygodniowej obserwacji chory był wypisany jako zdrowy. Niestety, mocz nie był badany bakterjologicznie przed kuracją.

2) Chory, fryzjer, 26 lat, od szeregu miesięcy leczył się na rzeżączkę, przebieg choroby jest bardzo uporczywy: proces w krótkim czasie przeszedł na stercz, oraz wywołał zapalenie prawego przyjądrza. Od 1 lipca r. b. znajduje się pod moją obserwacją. *St. pr.* Wyciek ropny nieobfity, gonokoki znaleziono w wycieku w dużej ilości. Mocz: obydwie porcje — mętne, stercz nacieczony, bardzo bolesny. 6. VII. Chory miał nowy stosunek płciowy, już na drugi dzień nastąpiło znaczne pogorszenie: przy oddawaniu moczu chory wije się z bólu, ostatnie krople bardzo mętnego moczu są krwawe. Zastosowałem mu oprócz leków wewnętrznych, nasiadówek, czopków — zastrzyki *Sol. Gonacrini* 2% po 5,0 dożylnie; przedtem chory dostawał szczepionki gonokokowe, lecz wszystko to bez najmniejszego skutku. Będąc w tym przypadku zupełnie bezradnym, zastrzyknąłem dożylnie choremu dnia 22. VII. neosalutanu 0,3. Na drugi dzień chory zauważył w moczu dużą ilość krwi; równocześnie bóle w pęcherzu zmniejszyły się i chory utrzymywał mocz znacznie dłużej. 28. VII. Chory wycieku z cewki nie miał, oddał mocz w ilości około 300,0; obydwie porcje moczu były przejrzyste z dużą ilością kłaczków w obu porcjach; stercz nieco nabrzmiały. Gonokoków brak. Zarządziłem leczenie przepłókiwaniami Janeta.

Stosowałem wspomniane preparaty, oprócz rzeżączki, także w innych schorzeniach dróg moczowych, a mianowicie: w cierpieniach, wywołanych pałeczką okrężnicy.

3) Pani N., lat 30, chorowała od dłuższego czasu na kamice obu moczowodów. Po dokonanej operacji usunięcia kamyków chora ma stale mocz bardzo mętny. Badanie moczu wykazało masę leukocytów, białko w granicach 0,06‰—0,1‰. Bakterjologiczne badanie moczu wykazało obecność pałeczki okrężnicy; rozpoznano przewlekłe zapalenie miedniczek nerkowych *(Pyelitis chron.)*. Po zastosowaniu szczepionek własnych, wstrzykiwań cylotropiny, różnych środków wewnętrznych, oraz po przeprowadzonej kuracji w Truskawcu, stan chorej nie uległ polepszeniu. Wobec tego zastosowałem małe dawki nowarsenobenzolu (0,15); po 3 zastrzykach dożylnych analiza moczu białka nie wykryła, a leukocytów 3—5 w polu widzenia. Dłuższa obserwacja chorej ujawniła, że w stanie zdrowia chorej nastąpiło polepszenie.

Stosowałem niejednokrotnie neosalutan w atonji pęcherza moczowego z zaległyw moczem i dużą ilością leukocytów. W tych razach poprawa następowała czasowo i pożądanych wyników na czas dłuższy nie osiągnąłem. Nie przyniosło żadnego skutku leczenie nowarsenobenzolem i neosalutanem w przypadkach stwierdzenia głębszych zmian organicznych. Dla przykładu przytoczę przypadek, w którym widziałem niepożądane skutki leczenia nowarsenobenzolem. Chory 55 lat, od dłuższego czasu cierpi na *pyelocystitis*. Stosowane miał najrozmaitsze środki bez jakichbądź dodatnich wyników. Wobec tego zrobiłem choremu zastrzyk nowarsenobenzolu 0,15. Już tego samego dnia ciepłota podniosła się do 38,5° i nadal polepszenie nie nastąpiło. Cystoskopja wykazała przerost stercza i rozrost tkanek *(cystit. polyposa)* w okolicy szyjki pęcherza.

4) Chora J., 38 lat, cierpi od dłuższego czasu na zapalenie jajników, miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. Istnieje przetoka pomiędzy jajnikiem i esicą, o czem świadczy bardzo wysoka ciepłota i następne wydzielenie ropy z kałem. Bakterjologiczne badanie moczu wykryło pałeczkę okrężnicy. Po przeprowadzeniu leczenia szczepionkami własnemi w ciągu 8 tygodni i zastrzykami neosalutanu po 0,15, stan chorej mało polepszył się i tylko przepłókiwanie miedniczek nerkowych rozczynami lapisu znacznie zmniejszyło ilość leukocytów.

We wszystkich przypadkach leczenia preparatami nowarsenobenzolem i neosalutanem, chorzy byli badani w celu dokładnego rozpoznania, przyczem zwróciłem baczną uwagę na analizę moczu i w razie ujawnienia choroby nerek leczenia tego nie stosowałem. Z 46 przypadków stosowania wzmiankowanych preparatów w chorobach dróg moczowych, stwierdziłem: 1) bardzo dobre wyniki w powikłanych stanach rzeżączki, 2) względnie dobre wyniki w zap. miedniczek nerkowych i pęcherza wywołanych przez pałeczki grupy rzekomo-durowo-okrężnicowej i 3) w przypadkach, wywołanych głębszemi zmianami anatomicznemi w drogach moczowych, dobrych wyników nie stwierdziłem.

FELJETON.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Z cyklu badań nad przyrodą typów ludzkich.

Prócz kobiet, będących wyłącznie wzorowemi żonami oraz matkami, istnieją i inne. Działaczki wszelkiego rodzaju, kobiety wykonujące swój zawód, przedstawicielki sportów, powieściopisarki, poetki, malarki, reprezentantki różnych gałęzi muzyki, ascetki i inne stanowią bogaty zbiór typów. Specjalny rodzaj stanowią kobiety skrajnie zmysłowe, tworzące szczególny typ somatyczny, który opisałem szczegółowo pod mianem typu E [1]). *Są jeszcze i inne, co dziwne, przeważnie w ramach typu E zawarte. Są to t. zw. muzy, stanowiące całkiem odrębne i nader ciekawe zjawisko.* Zajmę się niem obecnie pokrótce, feljetonowo, bo inaczej dziś jeszcze tego przedmiotu, wobec wielu niezbadanych problemów, ująć nie można.

I.

Zdarzyło się raz jednemu autorowi, że potrzeba mu koniecznie było osoby, wzbudzającej nastrój dla utworu. Nadaremnie błądził wśród znajomych. Materjał naukowy miał zebrany, ale brak mu było tego czynnika, który tak nastraja autora, że stylowi jego nadaje lotności i dany materjał potrafi w miły, nie suchy sposób podać czytelnikowi. A zresztą nie mógł autor zabrać się do ostatecznego opracowania tematu. *Brak mu było psychicznego katalizatora.* Nagle znalazł się. Do jednej pani chodziła z wizytą młoda osoba. Zobaczył ją. Z miejsca się przedstawił i ofiarował jej pracę. Mniej go to troszczyło, jak będzie pracować, zresztą podległy mu personal ściśle będzie dbał o to. Dość, że ją miał w pobliżu siebie. Wielu nie mogło zrozumieć, dlaczego mu tak bardzo o nią chodziło. Ale on nikomu o tem nie wspominał. Bo to była jego tajemnica, *że w tej osobie miał jeden z najpotężniejszych drażników psychicznych.* Wszystko, co pochodziło od tej istoty, podniecało go do najwyższego stopnia. I od tej pory był jakgdyby zahipnotyzowany nią i począł masowo publikować, a wszystkie jego utwory były przesiąknięte tym specyficznym jej wpływem. Jej obecność nastrajała w ten sposób, że upiększał on szatę zewnętrzną utworu, która miała nadzwyczaj wiele wytworności. Kto przeczytał dzieła tego autora z epoki poprzedniej, uderzało go to odrazu. Nie treść sama, ale forma pełna wykwintności, w dziełach epoki nowszej w przeciwstawieniu do prostoty stylu publikacyj dawniejszych.

Przypatrzmy się teraz jej postaci, zachowaniu i wszystkim cechom, które mogły w wysokim stopniu pobudzać wspomnianego autora do tworzenia. Postać jej miała na pierwszy rzut coś ujmującego w sobie. Niezwykła uprzejmość i grzeczność podbijały odrazu każdego. Gdy autor mówił z nią po raz pierwszy, był niezwykle ujęty jej znalezieniem się. Typu była E. Antropologicznie bardzo skomplikowana. Rysy twarzy bardzo oryginalne. Pięknością klasyczną nie była, ale miała tyle wdzięku, iż na każdego musiała zadziałać. Wielką ozdobą jej były oczy. Metod spojrzenia miała mnóstwo. A wszystkie przepiękne. Wystudjowane do ostatniego po mistrzowsku. Także usta okazywały ogromne bogactwo mimiczne, już samych uśmiechów było wiele rodzajów. A sam kształt ust mimo to właściwy dla dzieci a nie dla dorosłych. Dziecięce cechy obok tak wyszkolonej mimiki robiły duże wraże-

[1]) Pol. Gazeta Lek. 1932. Nr. 23.

nie [2]). Dużo było jeszcze szczegółów, które w sumie musiały się podobać, jak kolor włosów, kształty, zgrabna sylwetka i piękne ruchy, a jeśli się jeszcze do tego dodało i doskonały gust w stroju, można sobie wyobrazić całość. Jak potężnym był jej wpływ, poucza przykład. Autor długie lata gromadził materjały, miał już całe zbiory zapisków i obliczeń, ale jakoś lata mijały i nic z nich nie przedostawało się do ogólnej wiadomości. Aż raz; był piękny letni wieczór. Wyszedł jak zwykle na przechadzkę do ogrodu. Był to pierwszy rok znajomości z nią. Spotkał ją. Krótka pogadanka o rzeczach obojętnych z osobą tak pełną wdzięku, w tak pięknych warunkach, wystarczała mu. Kiedy wrócił do domu zabrał się do pracy i po upływie tygodnia była rzecz gotowa i codziwniejsza cechowała ją niebywała wytworność stylu. Albo inny przykład. Był raz w teatrze na jednej pięknej operze. Był już na tem przedstawieniu wielokrotnie, ale nie oddziaływało to specjalnie na niego. Tym razem stało się inaczej. Na operze spotkał się przypadkowo z nią. Rozmawiali. Odtąd każda melodja przypominała ją i stała się niewyczerpaną skarbnicą i źródłem przeróżnych pomysłów. Podobnie zapach używanych przez nią pachnideł był takim bodźcem. Taksamo i woń używanych przez nią kwiatów pobudzała go gwałtownie do tworzenia. Nastały dlań czasy bardzo miłe, czasy pełne poezji. Każde zjawisko przyoblekało się w przepiękną szatę. Warunki dla twórczości były znakomite. I były dnie, w których był w stanie więcej stworzyć, niż dawniej za miesiąc i dłużej. Czasem niczego nie potrzebował więcej, tylko wpatrywać się niepostrzeżenie w nią, gdy rozmawiała z kimś. Prześliczna jej mimika była dlań bodźcem twórczym. Pewnego letniego dnia zjawiła się w stroju bardzo pięknym a lekkim i przejrzystym. Była bardzo powabna. Ulec jej wdziękom nie śmiał. Zresztą byłby ją stracił jako muzę. Co się wtedy w jego mózgu działo, trudno opisać. Pożegnał się czemprędzej. Był bardzo zdenerwowany. W głowie mu huczało, miał zawrót głowy, wypieki, serce waliło mu jak młotem. Całą noc spędził bezsennie. Na drugi dzień jak furja rzucił się do pracy, pracował po szesnaście godzin dziennie i po tygodniu gotowa była rzecz, na którą składało się kilkanaście lat pracy. Innym razem rozmawiała z grupą znajomych, rozmawiali bardzo słodko i ona poczęła używać tak dziwnie pieszczotliwej mowy, tak kunsztownie załamującej się, że on wsłuchując się w ten szczebiot, wpadł z zachwytu [3]) w niezwykle silny nastrój twórczy. Dużo sposobności do nastrojów dostarczyły autorowi burzliwe przejścia miłosne, jakie miała ona z jednym porywczym młodzieńcem. Płomienna miłość, rozpacz w chwili zerwania, usiłowania nawiązania, wreszcie zgoda — to kalejdoskopowe śliczne obrazki, bajeczne źródło przeróżnych natchnień.

Nastały czasy bardzo smutne dla autora. Muzę jego mu zabrano. Co przeszedł wtedy nieszczęśliwy uczony, tego opisać się nie da. Błądził bezwiednie tu i tam, chciał ją ujrzeć, naprożno. Wiele opracowanego materjału gromadziło i gromadziło się ustawicznie, ale brakło nastroju. I wtedy wpadł na myśl szczęśliwą. Począł wszystkie wrażenia, które od niej otrzymywał wytwarzać sztucznie. Fragmenty melodji z tej opery, której mu muzyka tak mocno utkwiła w pamięci, jako że była złączona z jej obrazem, woń tych perfum, których ona używała, kwiaty, których zapach ją przypominał, zdjęcie jej na jakiejś fotografji zbiorowej. Oto zespół wrażeń, które w sumie do pewnego stopnia przypominały mu ją. I przy ich pomocy pracował dalej, choć nastrój nigdy nie był taki jak wtedy, gdy ona wprost na niego działała.

Oto obraz najbardziej typowy dla stosunku muzy do twórcy. W samej rzeczy hormonalnie płciowy, ale bez stosunku płciowego, bo taki wyklucza działanie muzy. Genitalja praktycznie w rachubę nie wchodzą, tylko wtórnie przez nie pobudzona tarczyca, podniecająca ze swej strony mózg. Tyle o jednym przypadku.

W sferze działania osoby, którą opisałem znajdowało się prócz opisanego jeszcze kilku ludzi, nawet całkiem odmiennego usposobienia. Pierwszy to człowiek przemiły, kochany przez wszystkich, odnosił się do niej pieszczotliwie, swobodnie ale bardzo grzecznie, nie chciał być jej bezpośrednim rozkazodawcą, by jej nigdy nie urazić. Twórczość jego dawniej niewielka, w czasie obcowania z nią spotęgowała się wydatnie i dała kilka prac naprawdę zajmujących. Później zmienił miejsce pracy i zamilkł. Drugi, cichy, ale z płomiennym zapałem do wiedzy, prawdziwy tej wiedzy wielbiciel, okazywał nadzwyczajnie wielkie podniecenie do pisania w okresie znajomości z nią. Był dla niej bardzo łagodny i wytworny. Trzeci o wulkanicznym, wybuchowym temperamencie, mimo idealnej dobroci serca, miał dużą dozę naukowego zapału, który przeważnie wyładował w czasach burzliwej i pełnej romantyzmu znajomości z nią. Napisał kilka ciekawych prac w tym okresie, później przeniósł się gdzieindziej i zamilkł. Nie ulega wątpliwości, że osoba, o której mówiłem, działała na wymienionych autorów i pobudzała ich twórczość.

Tak oto wyglądała pierwsza grupa ludzi, o których zamierzałem napisać. Tak uczeni jak i ich muza byli nad wyraz instruktywni.

Zupełnie odmiennie przedstawia się inna grupa uczonych ze swą muzą włącznie. Uczony główny w całej grupie jest ścisły. Świadom swego kierunku badań, ciągle czynny i pozornie niezależny od nastroju. Bacznie jednak spoglądając widzi się czasowe gwałtowne potęgowanie się pracy twórczej. Wzmaga się ono odrazu w całej grupie, a poprzedza to zjawisko pojawienie się wśród uczonych osoby eleganckiej, przystojnej, poważnej i bardzo inteligentnej. Typu E. Antropologicznie bardzo złożona. I odrazu widoczna się staje rola tej muzy w całej grupie. Tem bardziej, że w kole znajomych potrafi ta elegancka osoba okazywać dużo właściwości pobudzających fantazję. Ale muza tego rodzaju przecież pozbawiona jest cech, które miała poprzednia i dlatego wynikiem jej mogą być tylko prace bez większego polotu.

Prócz muz zbiorowych, to jest działających na kilka osób, znane są istoty działające na jednostkę tylko. I tu odróżnić można różne ich rodzaje, ale najbardziej ciekawe są dwa typy: kobiety, które pobudzają, gdy unikają człowieka i tęskni się za niemi i takie, które to czynią wtedy, gdy umyślnie się ich unika — co w rezultacie jest podobne. Jeden bardzo zdolny badacz poznał dziwnej urody osobę, typu E, która była pozornie wobec niego zupełnie obojętną ale opanowała go zupełnie. Myślał wciąż o niej, tęsknił za jej widokiem. Marzył o chwilce mówienia z nią. Zdarzało się to rzadko, ale każde widzenie miało w rezultacie potężne wzmożenie się twórczości. Drugim typem był badacz, w którym zakochaną była jedna młoda, prześliczna osoba równie z typu E, a on unikał jej ciągle. On nie chciał jej, bo ewentualne małżeńskie wyładowanie płciowe mogłoby zniszczyć jego impet twórczy. On koniecznie jej potrzebował od czasu do czasu, ale tylko widoku jej, bo ten podniecał jego fantazję. I to potężnie. Inne rodzaje są mniej interesujące, dlatego dla braku miejsca je pomijam.

Opisałem najbardziej typowe muzy. Bliższych danych odnośnie do nich nie podaję, bo chcę podkreślić tylko te najbardziej cechujące ich właściwości. Być muzą jest rzeczą miłą i nawet zaszczytną, a posiadać muzę jest właściwością nawet wielkich umysłów, ale ja z zasady lubię te rzeczy załatwiać bezimiennie a nawet poniekąd bezosobowo, to jest opuszczam absolutnie wszystko, co umożliwiłoby rozpoznanie tych osób a mimo to zawierało wszystko naukowo ważne dla przedmiotu.

Jeżeli teraz zestawić pokrótce wszystkie zasadnicze rodzaje muz, to przedstawiają się one następująco: *istnieją muzy zbiorowe i muzy indywidualne. Pierwsze działają na kilka osób, drugie tylko na jedną.* Mogą one być różnego usposobienia ale najczęściej są słodkie, sentymentalne i subtelne lub też wytworne o swoistym uroku, rzadziej inne. Należą prawie wszystkie do typu E.

W ramach tego podziału można zmieścić całość przedmiotu.

II.

Zadać sobie teraz należy pytanie, jaką drogą działają te istoty. Bo każdy przyzna, że *działanie ich jest wybiórcze.* A jakim czynnikom przy wyborze takiej osoby został dany wpływ decydujący, tego nie wiemy, bo wybór jest podświadomy. Podświadomość to terytorjum olbrzymie, którego granic nie jesteśmy w stanie określić i powiedzieć, dlaczego jedna osoba działa na naszą twórczość a druga nie. My jedynie odczuwamy to całkiem wyraźnie. Czasem pierwsze wejrzenie wystarczy. Czasem za pierwszem wejrzeniem otwiera się cała niewidzialna dotychczas kraina pomysłów, a dlaczego to się stało, nie mamy wyobrażenia. Pytanie czy *gra tutaj rolę czynnik erotogenny.* Tak, ale w sposób zupełnie odmienny, jak zazwyczaj. *Tu jest ścisłe sprzężenie bodźca erotogennego z procesem korowym wyższym.* Nie każdy zaś impuls płciowy jest takim. Nie na każdy jest odpowiedź w postaci nagłej zwyżki fantazji lub innych walorów psychicznych. Problem ten trzeba omówić dokładnie, ażeby wytłumaczyć jego naturę. Wytłumaczenie to jest konieczne, jeśli chcemy zrozumieć, jak bodziec płciowy w pewnych przypadkach nie doprowadza do aktu płciowego, ale do spotęgowania twórczości umysłowej. Bo gdyby doprowadził do płciowego celu, nie byłoby zwiększenia funkcyj psychicznych. Nie byłoby działania muzy.

Postaram się przedstawić cechy muzy. Pierwszą cechą jest to, że ona jest ciągle niedoścignionem marzeniem. Gdyby niem być przestała, stała się kochanką lub żoną, przestałaby być muzą. Znane jest opowiadanie o Dantem, że skoro zobaczył już Beatrycze, w mózgu jego panowała istna burza myśli, która doprowadziła do stworzenia tworu jego ducha. To samo widziano i u innych

[2]) Jest tu pewien kontrast, bo mimika dziecka jest jeszcze niewyszkolona, surowa i nieopanowana wolą.

[3]) Zachwyt może łatwo przejść w ekstazę, artystyczne natchnienie i tym podobne stany.

twórców. Beatrycza u Dantego była zjawiskiem, które już samo pobudzało w najwyższym stopniu. *Bo muza samem zjawieniem się rozbudza fantazję* i często wystarcza ją widzieć co jakiś czas, aby mieć dostateczny dopływ autorskiej weny.

Muza musi działać płciowo, ale to działanie nie może nigdy wyładować się w akcie płciowym. Różne objawy wskazują na to, że działanie to istnieje. Uczucie pełności w okolicy lumbosakralnej, ból w okolicy *vas deferens* i różne inne objawy ze strony organów płciowych. Ponadto stwierdza się bicie serca, nawet gwałtowne, ból w okolicy serca, uczucie gorąca to zimna, mrowienie, wysychanie w ustach, ściskanie w gardle. Czasem uczucie osłabienia. Bladość, czasami znów twarz rozpalona. Lekki wytrzeszcz, objaw Graefego lub Moebiusa, oto objawy, wskazujące na wciągnięcie w cały obraz, nietylko genitaljów, ale tarczycy i całego układu wegetatywnego. Ponieważ zaś genitalja zostają siłą woli zahamowane, czynność skupia się w gruczole tarczycowym, działającym na mózg.

A teraz trzeba rozważyć, *jak wszystko to wpływa na twórczość.* To zależy od tego, jakiego rodzaju to jest praca. Jeśli tematem jest wykonanie tylko suchego programu, to do tego nie potrzeba muzy. Jest ona potrzebna wszędzie tam, gdzie jest własne ujęcie, gdzie jest polot, gdzie nawet potrzeba tego ostatniego dla stylu. Dlatego to udział muzy bywa bardzo różny. Bywają utwory lub ich fragmenty, pozbawione zupełnie natchnienia, zimne i suche. Są znów utwory lub ich fragmenty, potrzebujące muzy bardzo wydatnie. Autor najlepiej to wyczuwa i dobrać sobie musi odpowiedni bodziec dla swej pracy twórczej. U poetów jest ten bodziec konieczny, taksamo u muzyków i wogóle u artystów, u innych autorów różny ma wpływ na twórczość zależnie od tematu. O ile autor wynalazł sobie odpowiedni objekt, mogła jego twórczość wystąpić we właściwem świetle. Nie zawsze to się dzieje. Omówię ten temat możliwie dokładnie. Otóż można przyjąć, że pewna część ludzi ma w sobie zawiązek autorskiego talentu, ale tylko bardzo mała cząsteczka tegoż ulega rozwojowi, reszta zanika. Talent ten czeka na korzystne warunki, a nie znalazłszy ich nie rozwija się wcale. Tylko bardzo gwałtownie o swe prawa upominające się talenty bywają w korzystnych warunkach spostrzeżone — ogromne ich mnóstwo ginie w zupełności. Całe to zjawisko jest tak ciekawe, że wymaga bliższego wniknięcia w nie. Jest faktem, że istnieje wiele ludzi niosących w sobie coś, co w odpowiednich warunkach uwidacznia się, jako specjalne uzdolnienie w pewnym kierunku. Co to jest? Jest to jakaś struktura, której nie mają inni, struktura, która być może powstała u dawnych przodków i skwapliwe przenoszona drogą dziedziczności przez liczne pokolenia doczekała się wreszcie rozwoju[4]). Otóż jeżeli nastaną odpowiednie warunki, talent wybucha z niebywałą siłą i jeżeli jest genjalnego pokroju, wypromieniowuje odrazu całą swą siłę. Pokolenie genjusza jest zazwyczaj całkiem przeciętne. Struktura czynna zużyła się. Potomstwo nie ma jej. Gdyby to się nie stało, byłaby dalej istniała w utajeniu, kto wie ile lat. Naturalnie tylko zastrzec to musimy, że genjusz nie zjawił się niespostrzeżenie i nie umarł w dzieciństwie. Wtedy twór jego ducha idzie na marne. Bracia i siostry jego są bez talentu i nie niosą go dalej, bo wszystko co rodzice przynieśli umieścili w zmarłem dziecku. To co o genjuszach, można powiedzieć o ludziach utalentowanych, tylko w znacznie skromniejszych rozmiarach. Niema tu takiej przepaści, jak między genjuszem a jego rodzeństwem, talent nie wybucha z tak żywiołową siłą. Ale mechanizm jest podobny. Problem utajenia talentu jest trudny. Zawiązek jego powstaje często bardzo dawno[5]). Jeśli cierpliwie szukać początków, można niekiedy je znaleźć. W pewnych rodzinach widać talent, który co jakiś czas się okazuje. Potem znów staje się niewidocznym, a trwa to nieraz bardzo długo, poczem wypływa znowu. Genjalni ludzie są to jednostki, które pozornie nagle wybuchają niezwykłym talentem, a w rzeczywistości są etapem końcowym procesu, który się toczy bardzo długo i po długiej bardzo przerwie, po zupełnie pozornej bezczynności, olśniewa nagle zdumionych ludzi. A może czasem bywać i inaczej. Ale jest to niewątpliwie niezmierną rzadkością. Talent ma swój początek i koniec. Życie jego trwa przeważnie długo, przez szereg pokoleń może niczem się nie zdradzać, żyć w letargu a potem nagle stawać się widocznem i nawet imponować, wreszcie wysila się i ginie. Są rodziny, które nacechowane są pewnym talentem, dalsi przodkowie nie okazywali go a bardzo dawni znowu go mieli, był to dowód czasowego chowania się pewnych cech dziedzicznych. Znam osobnika z rodziny wielostronnie uzdolnionej artystycznie, nieokazującego żadnego zainteresowania w tym kierunku. U syna jego również niema zainteresowania w tym kierunku, a u dwunastoletniego wnuka bardzo wielkie i to tego samego rodzaju co u przodków. Takie przykłady znam jeszcze inne. Problem utalentowania jest naukowo bardzo interesującym.

Jeżeli miał talent warunki do rozwoju, to maksymalnie rozwinie się on, jeśli trafi we właściwy ton[6]), *jeśli coś innego nie stoi mu na przeszkodzie a ewentualnie, jeśli ma odpowiedni drażnik.* Dopiero wypadkowa tego wszystkiego jest idealna. Pierwsze dwie składowe są zrozumiałe, trzecia, jeśli jest, wymaga wyjaśnienia. Tu musimy z konieczności ze sfery naukowej przejść w sferę artystyczną. Przedstawmy sobie, czy byłby Praxiteles stworzył to samo bez obecności Phryne, czy Dante byłby tem samem bez Beatryczy — tu zresztą nie miejsce do wyliczania niezwykle licznych przykładów, ileż jest tych ostatnich wśród muzyków, ile wśród malarzy. Byli poeci zależni wyłącznie od istnienia pewnej istoty. Gdyby jej nie poznali, nie byliby poetami wogóle[7]). *U artystów element drażników jest reprezentowany bardzo dobitnie. A u nie-artystów? Także. Nie jest to takie wyraźne ale bez wątpienia istnieje.* Naturalnie nie dotyczy to prac, które są suchem obrobieniem pewnego nałożonego *pensum* przez drugą osobę, ale pracy samodzielnej, mającej w sobie własną ideę. Otóż jeżeli dobrze szukać, można u wielu z nich znaleźć muzę. W różnej postaci może ona występować, może to być znajoma, może być koleżanka, uczenica i i. byle między nimi istniał ten swoisty stosunek wiecznie nienasycony i wiecznie gorący. Pozatem może mężczyzna znać wiele osób i w różnych do nich pozostawać stosunkach seksualnych ale w żadnym razie nie jest to muza. Ona przeważnie nie ma pojęcia, czem jest dla autora i bardzo często nie zna treści jego pracy. Ba! może żyć ona tylko w pamięci, autor żyje wspomnieniem, ma jej fotografje z lat dawnych i przebywa za każdym razem i ile razy ją ogląda, szereg wzruszeń; trzeba przyznać, że działanie drogą wspomnień jest dużo słabsze niż działanie wprost. Istnieją też takie ewentualności, że może z wiekiem wyczerpywać się wpływ jednej muzy i autor poczyna szukać drugiej, a znalazłszy ją zaczyna produkować utwory cokolwiek odmiennie zabarwione od dawnych. Do zmiany tej czuje autor wewnętrzną podnietę, szuka więc nowego wywoływacza i gdy znajdzie, pisze dalej. *Są autorzy, którzy co pewien czas zmieniają psychiczne katalizatory. Są pisarze, którzy równocześnie posługują się kilku muzami.* Rozmaitość jest tutaj duża.

Teraz zajmiemy się najciekawszą i najbardziej zagadkową sprawą. *Gdzie tkwi istotna przyczyna wpływu muzy na twórczość.* Już wspominaliśmy o tem, *że trzeba tego zjawiska szukać w podświadomości.* Podświadomość to terytorjum olbrzymie. Granic jego określić nie możemy. Wszystko, co tam nagromadzone jest drogą dziedziczności, jest absolutnie niedostępne, jedynie tylko maleńka cząstka ma sposobność pokazać swoją naturę, reszta śpi spokojnie przez całe życie. Człowiek jest dla siebie samego niezgłębioną tajemnicą. I zdarza się, że człowiek nagle ma wgląd w te dziedziny podświadomości, o których nie wiedzieli liczni jego przodkowie, choć te tajemnice nosili w sobie. Tą istotą, która to czyni jest muza. Jej osoba ma w swym wyglądzie coś, co nagle przez praasocjację przypomina rzeczy, których dotychczas nic nam nie przypominało i nagle widzimy je jasno i dobitnie. Jeżeli mamy w sobie talent już do rozwoju dojrzały, choć utajony, to jest on gotów do rozkwitu i zabłyśnięcia. Analiza antropologiczna muz jest bardzo zawiła i by rozeznać jakość ich typu, potrzebaby całego ich studjum, prostsze nieco jest określenie typu ich somatycznego, choć jest on również bardzo zawiły. Daje się przeważnie rozpoznawać jako typ E, nacechowany przedziwnym urokiem i bardzo różny od innych. Całą jego wielką tajemnicę kryje w sobie podświadomość, a my możemy snuć tylko przeróżne przypuszczenia[8]).

[4]) Jest rzeczą bardzo trudną wyobrazić sobie tę strukturę. Że to jest skupienie energji potencjalnej — to pewna. Przejściem jej w formę kinetyczną jest widoczny talent.

[5]) Można nawet sądzić, że nieraz to się dzieje przed wielu setkami lat. Ale to są przypuszczenia tylko.

[6]) Istnieje np. talent do poezji, malarstwa, rzeźbiarstwa, muzyki, tego lub tamtego działu wiedzy i t. d. Talent rozwijający się niewłaściwie nie rozwinie się nigdy wydatnie. Uczyni to tylko, jeśli trafi we właściwy ton.

[7]) Przykłady najjaskrawsze to poeta E. T. A. Hoffmann i romantyk Novalis. 12-letnia Julja Marc była dla Hoffmanna potężnym drażnikiem psychicznym a 13-letnia Zofja Kühn dla Novalisa. Były to najmłodsze muzy, wobec których jednak poeta i romantyk zachowywali się zupełnie podobnie, jak inni zachowują się wobec muz dorosłych — to jest w najwyższym stopniu idealnie.

[8]) Przypuszczenia mogą być mniej lub więcej prawdopodobne i często zdarza się, że najfantastyczniejsze się sprawdzają. Otóż jest faktem, że każdy człowiek może wyprowadzać swój rodowód do pewnej granicy. Potem linja rodowodu się gubi. Ale to jest pozorne. Ona jest i jak dzisiejsze badania wskazują, początków jej szukać trzeba bardzo dawno. Otóż zdarzyć się mogło, że los rozdzielił rodzeństwo. Rozeszli się bardzo,

A faktem jest, że człowiek może mieć tylko jedną lub wyjątkowo kilka muz, a wtedy ilość ich jest bardzo niewielką, że stosunek tych istot do twórcy jest szczególny i że znalezienie jest podświadome. Wyczuwanie podświadome, że ta a nie inna istota będzie idealnym katalizatorem psychicznym jest najciekawszem zjawiskiem. Występuje ono momentalnie i jest nieomylnem. Badaczowi nagle coś się przypomina, odrazu jasno widzi drogę ku naukowemu celowi, wszystko mu otwiera się naoścież, ba nawet widzi jasno cel. Wie, jak najszybciej tam się dostać. Zrobiła to swym wpływem muza i nagle obudziły się w podświadomości autora potężne siły, które teraz przy pomocy talentu rozwinąć się mają wspaniale. Nie będziemy dalej omawiać tego ciekawego problemu. Zestawimy tylko całość w sposób treściwy.

* * *

Otóż w pewnych warunkach potrzebują niektórzy ludzie szczególnego podniecenia, które pobudza ich sprawność duchową. Tem podnieceniem właśnie, o ile związane jest ono z pewną osobą, zająłem się tutaj. Jest to zjawisko bardzo złożone, na które składa się kilka czynników. Najprzód to typ somatyczny i antropologiczny muzy. Pierwszy odpowiada często typowi E ze wszystkiemi cechami jego usposobienia, drugi jest zawsze bardzo skomplikowany. Oprócz typu somatycznego i antropologicznego wchodzą do obrazu jeszcze inne szczegóły. Niezrozumiałem jest, skąd pochodzi momentalne działanie niektórych muz. Weźmy np. opisaną na początku. Skąd pewność uczonego, że ta istota będzie pobudzać jego fantazję, jak się okazało nieomylna. Ma się wrażenie, że te osoby przypadkiem znalazły się, że gdyby to się nie stało i te istoty były zawsze od siebie daleko, byłoby dużo z tego, co uczony zdziałał, przepadło. Tu wchodzi w grę zjawisko zupełnie nieznane. Gdzieś z mroków podświadomości wyłania się ono, ale jaka jest geneza zupełnie niewiadomo. I rola gruczołów płciowych jest w całem zjawisku ciekawa. W rezultacie rzecz przedstawia się następująco: *jest to pobudzenie szczególnie nastrojonego mózgu. Powstało ono drogą bardzo daleką, od pobudzenia seksualnego począwszy przez układ wegetatywny i tarczycę, aż do najwyższych centrów nerwowych. Koniecznym warunkiem jest niedosyt płciowy, przez co całość podniecenia płciowego skupia się na tarczycy, a pośrednio i mózgu.* Bez tarczycy jest podobny stan nie do pomyślenia. To jest fakt, ale całokształt zjawiska jest bardzo szeroki i pod wielu względami niezbadany. Co to jest muza, na to odpowiedzieć w zupełności nie możemy, ale poczęści możemy już przecież odsłonić rąbek tej tajemnicy. *Jeżeli powiemy, że jest to jedyna lub prawie jedyna istota, która talent danego autora lub kilku ale nie wielu autorów, drogą bardzo złożoną ujawnia i warunkuje jego rozwój, to jest to najogólniejsza definicja.* I ta chwila, w której na wstępie wspomniany uczony znalazł istotę, którą szukał — a znalazłszy odrazu trafnie ocenił jej wartość, mieści w sobie tyle tajemnic, że jeśli część z nich poznaliśmy, możemy być dumni. Bo całokształt zjawiska będzie bardzo zawsze daleki od zupełnego wyjaśnienia.

Tak przedstawia się, w krótkiem feljetonowem ujęciu, sprawa t. zw. muz, to jest specjalnego rodzaju kobiet, mających swoisty wpływ na męską twórczość psychiczną.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI, Lwów.
Adjunkt klin. derm. U. J. K.

Na marginesie mego sprawozdania ze studjów w Paryżu.

W lutym b. r. ogłosiłem artykuł o swoich wrażeniach ze studjów zagranicą [1]). Opisując słynny Szpital św. Ludwika, kolebkę francuskiej dermatologji i syfilidologji, warsztat pracy najgłośniejszych francuskich dermato- i syfilidologów — nie mogłem nie wspomnieć o dziwnem wrażeniu, jakie sprawiają budynki tego szpitala na obcym: „Jest to budowla stara, — pisałem — której wiek mierzy się już na stulecia. Architektonicznie niewątpliwie bardzo ciekawy i cenny zabytek, lecz zupełnie nie odpowiada wymogom nowoczesnego szpitalnictwa. Nawet liczne i ciągle przeprowadzane adaptacje niewiele pomogą. Mury kamienne, grube, sale olbrzymie, okna staroświeckie. Jest tam szereg pawilonów, dobudówek, sklepień — jednem słowem całość przypomina nieco stare zamczysko lub średniowieczną rezydencję magnacką...".

W jakiś czas po ogłoszeniu tego artykułu otrzymałem od Dra S a b o u r a u d a, Nestora francuskiej dermatologji — dwa listy, będące do pewnego stopnia repliką na te moje uwagi, które dotyczyły zewnętrznego wyglądu Szpitala św. Ludwika. Listy te napisane są przepięknie, jak wszystko, co wychodzi spod pióra tego znakomitego badacza. A że są one w wysokim stopniu znamienne dla psychiki francuskiej i wyjaśniają te jej rysy, które są nieraz trudne do zrozumienia i wyczucia przez obcych, do tego zaś wykazują ogromną miłość i przywiązanie Francuzów do ich wielkiej Ojczyzny, — dlatego — oczywiście za zgodą S a b o u r a u d a — przytaczam oba te listy w możliwie dosłownem ich brzmieniu:

I.

Drogi i Szanowny Panie Kolego!

Z żywem zainteresowaniem przeczytałem uwagi pańskie o Szpitalu św. Ludwika i o dermatologji francuskiej. Dziękuję przedewszystkiem za pochlebną opinję, jaką wydaje Pan o mnie, oraz za przytoczone korzystne oceny moich prac [2]).

Cały pański artykuł jest pełen ciekawych spostrzeżeń. Z żywem zainteresowaniem śledzimy zawsze, w jaki sposób nowe i obce oko osądziło nas i nasze prace — tem więcej, jeśli wyczuwamy w oceniającym prawdziwą i głęboką przychylność dla zjawisk i spraw, z któremi się zetknął.

Milejby mi było jednak znaleźć we wstępie pracy pańskiej najogólniejszą charakterystykę naszego życia, sposobu myślenia i działania.

Wbrew opinji o naszej słynnej Rewolucji, która wywołała tyle rozgłosu, jesteśmy narodem chyba najbardziej konserwatywnym ze wszystkich. Nie budujemy, jak tylko na starych fundamentach i odnawiamy ruiny. Zbliżamy się do nich z szacunkiem i czcią. Dlatego właśnie Szpital św. Ludwika pozostał takim, jakim go wzniósł H e n r y k IV. Zachowaliśmy go, jak Grecja zachowuje ruiny Panteonu. Oczywiście, trzeba było dostosować go do wymagań wiedzy współczesnej; zewnętrznie jednak pozostawiliśmy mu dawny wygląd.

W głębi naszych serc jesteśmy uczuciowi i przechowujemy tradycję. Wierzymy, że nic trwałego nie powstaje bez przygotowania: przeciwnie, cokolwiek jest trwałem musi mieć korzenie głębokie, dawniejsze od nas i naszego pokolenia. Oto dlaczego przycisnęlibyśmy ze wzruszeniem do serca dzwonnicę pierwszej napotkanej wioski francuskiej, kiedy wracamy z Ameryki.

To jest przyczyną, że oczy nowoprzybyłego łudzi pozorna brzydota Paryża i jego Szpitali; pod nią jednak ukrywa się życie dawne i głębokie, w którem my bierzemy udział tylko przejściowo.

W konserwatyźmie naszym tkwi raczej więcej filozofji niż lenistwa. Na tem polega właśnie szczególny urok naszego kraju, pociągający wszystkich, którzy — jak pan — potrafią go odczuć.

Z serdecznem pozdrowieniem

Sabouraud.

Paryż, 1 maja 1933.

II.

Drogi Kolego!

Nie sądzę, aby ostatni mój list zawierał coś nadzwyczajnego. Jeżeli jednak, zdaniem pańskiem, jest on na tyle ciekawy, że zasługuje na opublikowanie — nie sprzeciwiam się temu bynajmniej.

Jestem głęboko przekonany o tem, że kocha pan Francję: widać to ze wszystkiego, co pan napisał. Jedynym zarzutem,

---

bardzo daleko. Potomkowie ich potworzyli rodziny i skupienia ludzi w różnych miejscach ziemi. I po wielu tysiącach lat może się zdarzyć, że dwie ongi bliskie a dziś niesłychanie dalekie od siebie istoty, spotkają się. A w niezliczonych zakamarkach podświadomości było jeszcze gdzieś odziedziczone wspomnienie. Ludzie ci poznali się, a nie wiedząc już skąd się znają, określają różnie ten stan. Poeci mówią o muzach. Czyż niemożliwe jest, że ktoś jest potomkiem dawnego przedhistorycznego narodu sprzed wielu tysięcy lat, o wysokiej kulturze. Muza mu ją przypomina. I pod wpływem muzy, on jako malarz, ma wizje przepychu ówczesnych miast, które, podobnie jak Niniwa, olśniewały swą wspaniałością. Ileż ciekawych i fantastycznych myśli snuć tutaj można. Lecz któż je sprawdzi?

---

[1]) Wrażenia z zagranicznych klinik i szpitali. Paryż, Londyn, Strassburg. Polsk. Gaz. Lek. Lwów, Nr. 9 i 10. 1933 r.

[2]) Jest tu mowa o ocenie ostatniej pracy S a b o u r a u d a: *Diagnostic et traitement des affections du cuir chevelu,* napisanej przez Prof. L e n a r t o w i c z a (Polsk. Gaz. Lek. 1933).

jaki mógłbym panu zrobić — gdybym był do tego powołany — jest to, że nie dopatrzył się pan, jakim arcydziełem architektury z r. 1600 jest Szpital św. Ludwika. Zapewne, nie odpowiada on obecnie potrzebom nowoczesnej wiedzy i medycyny, które umieściły się, jak mogły w tym starym gmachu. Jednakże ten stary budynek jest zachwycający i pozostanie pięknym nawet wtedy, kiedy szpitale nowoczesne staną się skolei nieodpowiednie, a nie dorównają mu nigdy w piękności.

Oto, co chciałem w liście moim wyrazić i co, wybaczy pan, w ten sposób ująłem. Bo to właśnie jest przyczyną lub jedną z przyczyn pańskiej miłości do naszej Ojczyzny, że od wieku X-go począwszy Francja zachowała w swoich dziełach wcielenie Piękna.

Szczerze Panu oddany

Sabouraud.

Paryż, 17 maja 1933.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja Polska. XII. VII.—IX. 1933. Prof. dr. K. Bocheński: Wpływ ciąży i porodu na zmiany i uszkodzenia stawów miednicy. — Doc. dr. Stanisław Mączewski: Konstytucja kobiety a gruczoły dokrewne. — Z. Bohdanowiczówna i T. Jasiński: Beztlenowce we krwi w zakażeniach połogowych. — Dr. Wiesław St. Hołobut: Badania krzepliwości krwi w przyp. zaburzeń funkcjonalnych jajnika. — Franciszek Ks. Cieszyński: Trzy i półletnia działalność oddziału noworodków w Zakładzie. — Dr. Romuald Łuczyński: Czas występowania i typ miesiączki u kobiet na Wileńszczyźnie na podstawie materjału kliniki położniczo-ginekologicznej U. S. B. w Wilnie. — Jerzy Perl: Przypadek przepukliny mózgowo-oponowej nosowo-oczodołowej. (Meningoencephalocele naso-orbitalis). — Samuel Rabinowicz: Hormony przysadki i ich odczyn na samcach.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. 1933. 5—6. T. Matuszewski i J. Supińska: Analiza układu kolonij drobnoustrojów na płytkach Petri'ego z punktu widzenia prawa Poisson'a (prawa małych liczb). (Dok.). — K. Ściesiński: W sprawie t. zw. medionecrosis aortae idiopathica cystoides z przypadkiem wygojonego pęknięcia tętnicy głównej. — Juljusz Brill: Serofagoaglutynacja. — J. Seydel: W sprawie szczepów b. typhi flavum. — N. Rotkopfówna: Spostrzeżenia nad metodą wyosabniania bakteryj proteolitycznych (kazeolitycznych), tlenowych mleka oraz nad ich własnościami. — Fr. Walter i R. Trzebicki: Studja in vivo nad cytologją krwi szpiku kostnego w przebiegu kiły. — Fr. Venulet i Fr. Goebel: W sprawie powstawania witasteryny D.

Młoda Matka. VII. 19. 1933. Dr. T. Lewenfiszowa: Pierwsze przejawy inteligencji u dzieci. Higjena, pielęgnacja i rozwój dziecka w obrazkach. — Dr. P. Wójciak: Odpowiedzi na najczęstsze pytania matek. — Dr. St. Bielobradek: Czepek i śliniak. — S. S.: Podsłuchane rozmowy. — L. Mowa uspołeczniona. — Stefan Spyra: Tragedja dziecka. Kartki z pamiętnika matki. — Józefa Gażyńska: Kasztany.

Pedjatrja Polska: XIII. nr. 4. 1933. Jerzy Wiszniewski: Rola czynnika pokarmowego w powstawaniu biegunek niemowlęcych z objawami toksycznemi. — Jerzy Wiszniewski i Piotr Wójciak: Przyczynek do kliniki duru brzusznego u dzieci. — Paweł Baumritter: Los dzieci chorych na cukrzycę.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Nr. 10. 1933. Dr. med. W. Chodźko: Lecznictwo w polskich długoterminowych ubezpieczeniach społecznych. — Mieczysław Baumgart: Projektowane organa sądowe ubezp. społ. — Dr. Henryk Kłuszyński: O reformę organizacji lecznictwa w K. Ch. — Dr. St. Fischlowitz: Międzynarodowe ustawodawstwo emerytalne.

Przemysł Chemiczny. Nr. 8—9. 1933. Inż. Leon Kowalczyk: Ciepło reakcji syntezy amoniaku jako funkcja ciśnienia i temperatury. — Dr. Ludwik Rządkowski: Oznaczenie wody w kwasach tłuszczowych. — Inż. M. Piekarski: Badanie mocy klejów zwierzęcych. — Dr. inż. Józef Dubois: O działaniu par pirydyny na torfy. — Inż. Józef Bojanowski: Emulsje smołowe i ich rola w praktyce.

Wiadomości Weterynaryjne. 158. wrzesień. 1933. Orbitz K.: Robaki pasorzytnicze szczurów na terenie m. Warszawy. — Kulczycki J. Z kazuistyki klinicznej.

Wiadomości Farmaceutyczne. nr. 40. 1933. M. Gatly-Kostyal: Rola apteki jako warsztatu pracy twórczej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 40. r. 1933. St. Kramsztyk: Ś. p. Adam Karwowski. — M. Burak: Znaczenie kliniczne elektrokardjografji. (Dok.). — E. Salman: Przyczynek do klinicznego obrazu nietypowych postaci ostrej białaczki limfatycznej. — L. Zaks: Wpływ odry na ustrój zakażony gruźlicą w związku z większą lub mniejszą odpornością ustroju (Str. pogl.). H. Kołodziej: Zwalczanie ołowicy w zakładzie tlenku cynku w Brzezinach Śl.

Życie Dziecka. Nr. 8. 1933. Janina Ryngmanowa: Jak zorganizowano w Wiedniu opiekę społeczną nad młodzieżą bezrobotną. — Michał Friedländer: Uspołecznianie się dziecka w wieku przedszkolnym. — J. Cz. Babicki: O wychowaniu (wykład V).

OCENY.

L'aérophagie et son traitement. Avec la collaboration de H. Dany. F. RAMOND et J. DIMITRESCO-POPOVICI. Masson. 1933. Str. 131.

Zbiór wydawnictw z zakresu medycyny i chirurgji praktycznej wzbogacony został przez wydanie monografji przedstawiającej sprawę patogenezy, kliniki i terapji aerofagji. Autorzy w zwięzłym i jasnym wykładzie przedstawiają dotychczasowe wiadomości oraz podają własne zapatrywania i badania. W etjologji podkreślają czynnik nerwowy i psychiczny oraz ważność sialofagji. Odróżniają różne odmiany kliniczne aerofagji i obszernie omawiają zaburzenia ze strony narządu krążenia i narządu oddechowego. Osobny rozdział poświęcono radjologji tego schorzenia, przyczem zwrócono uwagę na szczególną ważność podziału aerofagji na „zblokowaną" i „wolną". Szczegółowo omówiono rozpoznanie i sposoby leczenia zarówno aerofagji, jakoteż ostrego rozszerzenia żołądka. Książka pożyteczna i godna polecenia dla lekarza praktyka.

W. Grabowski (Lwów)

Gynécologie. — „Les Consultations journalières". E. DOUAY. G. Doin et Cie éditeurs a Paris. Wyd. 2-gie.

Poświęcona ona jest diagnostyce objawów ginekologicznych (krwawienie, upławy, bóle, bezpłodność, wypadnięcie macicy) jak również zasadniczym punktom, któremi powinien się kierować lekarz w leczeniu omawianych spraw. W porównaniu z poprzedniem wydanie to zostało znacznie powiększone i uzupełnione licznemi objaśnieniami i wskazówkami oraz dodany został nowy dział o wypadnięciach macicy. W rozdziale o bezpłodności omawia autor najnowsze sposoby rozpoznawcze jak przedmuchiwanie trąbek i utero-salpingografję, podaje rozmaite metody leczenia chirurgicznego oraz ostatnie zdobycze wiedzy z zakresu nauki o wydzielaniu wewnętrznem. Praktyczne i oryginalne ujęcie kwestyj, zaakcentowanie kierunku leczniczego doby obecnej, łatwa i dostępna forma, cechująca to dzieło pozwalają przypuszczać, że znajdzie ono rozpowszechnienie i przychylność, na jakie zasługuje.

H. Newlińska (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Schorzenie dwóch gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (tarczyczno-nadnerczowy typ według M. B. Schmidta) przebiegające pod postacią ostrej choroby Addisona. R. KLINGNER (Kolonja). Ztsch. f. Klin. Med. B. 123, Str. 242—257.

Kobieta 52 l., po 3-tygodniowej chorobie z objawami ostrej choroby Addisona, zmarła wśród objawów ciężkiego zapalenia opon mózgowych. Sekcja wykazała: znacznego stopnia zanik kory nadnerczy przy stosunkowo dobrze zachowanej substancji rdzennej (dlatego poziom cukru we krwi normalny, brak typowych przebarwień). Do zaniku kory nadnerczy odnosi a. wysoki azot pozabiałkowy we krwi (ponad 100 mg⁰/₀). W tarczycy znacznego stopnia zanik komórek gruczołowych, jednak klinicznie nie stwierdzono objawów wypadnięcia funkcji tarczycy. Zupełny brak nerki prawej i moczowodu prawego. Zanik kory nadnerczy i tarczycy tłumaczy a. wpływem cytotoksycznym szkodliwości bliżej jeszcze nieznanych. Do działania toksycznego odnosi również końcowe objawy mózgowe, gdyż sekcja nie wykazała w mózgu ani oponach wyraźniejszych zmian.

H. Długosz (Lwów).

Zespoly zbliżone do choroby Basedowa (Parabasedow). M. LABBÉ. Bratislavské Lakárske Listy. Z. 1. 1933.

Autor odróżnia obok klasycznego zespołu Basedowa, charakteryzującego się utratą wagi, częstoskurczem i wzmożoną przemianą podstawową materji, zbliżony do Basedowa t. zw. *syndrome parabasedovien* czyli neuro-wegetacyjny, charakteryzujący się objawami naczynio-ruchowemi, żołądkowo-jelitowemi i t. p., które wskazują na wzmożoną wrażliwość układu sympatycznego i parasympatycznego. Wykazują to i odczyny biologiczne: odruch okulokardjalny oraz próba zapomocą zastrzyku atropiny według Danielopolu. Jasnem jest, że i leczenie tych stanów zasadniczo jest inne, ponieważ zasadniczo ma tu miejsce nie nadtarczyczność lecz wzmożona czynność układu wegetacyjnego.

Ungar (Lwów).

Cukrzyca jako t. zw. drugie schorzenie. E. BECKER. Med. Klin. Nr. 5, 1933.

Poruszony przez Katscha temat autor kontynuuje, przedstawiając własne wyniki. Statystycznie w 265 przypadkach cukrzycy w blisko połowie przypadków stwierdza powiększenie wątroby czyli stwierdza zmiany w niej; samą zaś kamicę żółciową znajduje w znacznie mniejszym procencie. Zdaniem autora jest niesłusznem przyjęcie zapatrywania, jakoby w miarę leczenia się objawów kamicy miała się również cofać cukrzyca. Również operacyjne usunięcie woreczka żółciowego, mające zapobiegać wystąpieniu cukrzycy, wydaje mu się nieprawdopodobne. Zmiany w narządzie wysepkowym trzustki są nieodwracalne, a naszem zadaniem będzie chronienie chorego przed błędami dietetycznemi, które przez zaburzenia wątrobowo-jelitowe prowadzą do pogorszenia się już nadwyrężonego stanu wysepek trzustkowych.

Godłowski (Kraków).

Galaktozurja pokarmowa. Z. BRüLL, P. HEGEDüS. Med. Klin. Nr. 6, 1933.

Autorzy są zdania, że próba galaktozowa jako sprawdzian wydolności komórek wątrobowych jest niepewna i wyciąganie z niej wniosków co do stopnia uszkodzenia miąższu wątrobowego dlatego jest niesłusznem. W przypadkach t. zw. żółtaczki nieżytowej, początkowo wydzielana galaktoza w ilościach patologicznych, zmniejszała się, mimo że obj. kliniczne całkiem pewnie wskazywały na postępowanie uszkodzenia miąższu wątr. Spostrzeżenia swoje dokonywali na żółtaczkach nieżytowych, marskościach kiłowych i żółtaczkach salwarsanowych. W tych przypadkach przez zastrzyk podskórny 1—2 mg atropiny można było wybitnie zmniejszać galaktozurję pokarmową. Dzieje się to na skutek prawdopodobnie wzmagania zdolności przyswojenia galaktozy przez kom. wątrobową pod wpływem atropiny.

Godłowski (Kraków).

Związek miedzy cukrzycą matki a wielkością noworodka. H. BIX. Med. Klin. Nr. 2. 1933.

Dawno stwierdzono, że cukrzyca ciężarnej powoduje szybszy wzrost płodu tak, że noworodki chorych na cukrzycę są zazwyczaj „olbrzymami". Naodwrót, wielkość noworodka staje się niekiedy zwiastunem lub wręcz objawem naprowadzającym lekarza na właściwe rozpoznanie cukrzycy matki. Kobiety rodzące duże dzieci, mają skłonność do cukrzycy.

Godłowski (Kraków).

Przyczynek do patogenezy choroby Raynauda. O. GAGEL i J. W. WATTS (Wrocław). Ztsch. f. Klin. Med. B. 122, Str. 110—117.

W sznurach bocznych rdzenia znajdują się komórki, stojące w związku z układem sympatycznym, wysyłające swoje wypustki przez korzonki przednie do naczyń krwionośnych, które zwężają. Temi przesłankami kierowany autor wziął sobie za cel zbadanie komórek sznurów bocznych w schorzeniach angjospastycznych. W opisanym przypadku choroby Raynauda stwierdził zwyrodnienie komórek sznurów bocznych, jednak tego zjawiska jeszcze nie uogólnia.

H. Długosz (Lwów).

O naturze choroby Raynauda. R. LERICHE i R. FONTAINE. Pres. Méd. Nr. 102. 1932.

Zastanawiając się nad przyczynami powstawania choroby Raynauda, autorowie odrzucają teorje tłumaczące to zmianami w układzie nerwowym centralnym lub w zwojach czy też nerwach sympatycznych obwodowych. Przypuszczają, że zaburzenia te są natury nerwowej i dotyczą tkanki nerwowej w samych tętnicach. Tem się tłumaczą dobre wyniki lecznicze otrzymywane czasem po sympatektomji, ale wyniki te nie muszą być trwałe, ponieważ całkowite usunięcie tkanki nerwowej z tętnic jest niemożliwe. Przyczyną różnych zmian troficznych i nawet martwicy jest skurcz tętniczek, i nie potrzeba do tego wcale zakrzepów, podobnie jak gangrena po zatruciu sporyszem występuje tylko wskutek trwałego skurczu tętnic.

Skowroński (Lwów).

Żółtaczka hemolityczna „nabyta". J. MEINERTZ. Med. Klin. Nr. 16, 1933.

Autor przedstawia 3 przypadki żółtaczki hemolitycznej z zejściem śmiertelnem, w których obraz rozbioru zwłok wykazał zmiany zanikowe w wątrobie. Czynnik szkodzący, działający na miąższ wątroby, doprowadził wtórnie do obj. żółtaczki hemolitycznej w tych warunkach „nabytej". By jednak przy marskości zanikowej rozwinął się obraz żółtaczki hemolitycznej, musiało istnieć pewne podłoże konstytucjonalne i dlatego skłania się raczej do nazwy żółtaczki hemolitycznej „konstytucjonalnej" lub „objawowej".

Godłowski (Kraków).

Stosunek przewleklego nieżytu żołądka do raka żołądka. G. CAVALLACCI. Pathologica. 1933. Nr. 502.

Na zasadzie dokładnych badań części żołądka niezajętych rakiem w 27 przypadkach tego nowotworu doszedł C. do następujących wniosków: W przypadkach raka żołądka istnieje zawsze zmiana całej śluzówki żołądka w postaci przewlekłego nieżytu zanikowego, w przypadkach zaś polipów — w postaci przewlekłego nieżytu przerostowego. Zmiana ta jest pierwotną i stanowi jeden z czynników etjologicznych nowotworu; należy ją zaliczyć do t. zw. spraw przedrakowych. Badania C. obalają zdanie P. Benedettiego, który utrzymywał, że rak żołądka rozwija się najczęściej w żołądku poprzednio nieuległym zmianie i że niema żadnego ściślejszego związku między takiemi zmianami anatomicznemi żołądka, jak przewlekłe zmiany nieżytowe lub wrzód a rakiem żołądka.

C. (Kraków).

Postacie braku soku żołądkowego i ich stosunek do osiedlenia się drobnoustrojów w żołądku. J. BRINCK i P. WICHELS (Greifswald). Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 357—379.

Badania dotyczą przeszło 100 przypadków i dadzą się streścić następująco: Brak soku żołądkowego jest objawem nieżytu żołądka: ostrego — wtedy może ustąpić, bądź jest jego zejściem z zanikiem błony śluzowej, wtedy wydzielanie nie poprawia się. Nieżyt żołądka wywołują szczególnie produkty zapalne w zakresie żyły bramnej, dostające się do krążenia ogólnego przez uszkodzoną wątrobę. Funkcjonalny i konstytucjonalny brak soku jest niezmiernie rzadki, autorowie nie mieli ani jednego przypadku. Między opróżnianiem żołądka a kwasotą jego treści niema związku. T. zw. żołądkowe biegunki spowodowane są równoczesnym nieżytem jelit. Normalna treść żołądkowa jest jałowa (wpływ kwasu solnego, opróżniania i niedającego się bliżej określić czynnika bakterjobójczego błony śluzowej). W *achylia gastr.* występują drobnoustroje gramoujemne, szczególnie w tych przypadkach, w których istnieją zaburzenia jelitowe. Te same zaburzenia jelitowe, które wywołują uszkodzenie wątroby i pośrednio nieżyt żołądka, te same umożliwiają przedostawanie się drobnoustrojów do żołądka. Objawy zależą od umiejscowienia, rozmiarów i stopnia schorzenia żołądkowo-jelitowego. Leczenie polega na leczeniu nieżytu żołądka i wywołujących go schorzeń, jakoteż na poprawie czynności wątroby.

H. Długosz (Lwów).

Przyczynki do patogenezy nieżytu żołądka. WICHELS, BRINCK i LAUBER (Greifswald). Ztsch. f. Klin. Med. Bd. 123. Str. 303—335. 5 Doniesień.

Schorzenia dróg żółciowych prowadzą z reguły do nieżytu błony śluzowej żołądka *(gastritis)*, z zaburzeniami w wydzielaniu i zmianami w obrazie wziernikowym. Przyczyną tego jest uszkodzona czynność odtruwająca wątroby, która nie może unieszkodliwić dopływających drogą żyły wrotnej trucizn (z dróg żółciowych jelita), przepuszcza je do krążenia ogólnego, a trucizny te między innemi wywołują zmiany nieżytowe błony śluzowej żołądka.

Żółtaczka nieżytowa, marskość wątroby i środki, mające specjalne powinowactwo do wątroby (alkohol, nikotyna, ołów) wywołują również nieżyt błony śluzowej żołądka.

Doświadczenia na psach, z podwiązaniem przewodu żółciowego wspólnego wykazały takie same zmiany w żołądku jak w obserwacji klinicznej.

Schorzenia w zakresie żyły wrotnej, przebiegające ze wzmożonem powstawaniem i wchłanianiem toksyn (ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, ostry nieżyt żołądka i jelit, dyzenterja,

ostry nieżyt okrężnicy, przewlekłe wrzodziejące zapalenie okrężnicy, zwężenie okrężnicy wskutek zapalenia, zwężenie okrężnicy rakowate. uchyłkowatość jelita, ciężkie zaparcie stolca) powodują również nieżyt żołądka, dla którego wytłumaczenie jak wyżej. *H. Długosz* (Lwów).

Nieżyt żołądka a powstawanie wrzodu. (2 doniesienie: *Zakażenie drożdżami górnego odcinka przewodu pokarmowego).* A. MEYER (Bazyleja). Ztsch. f. Klin. Med. Bd. 123, str. 125—141.

Ostry nieżyt żołądka może być wywołany niedomogą narządów trawienia, ważniejszym jednak czynnikiem jest zakażenie. Przewlekły nieżyt żołądka w znacznej części wywołują drożdże. Jeżeli nastąpi zakażenie ściany żołądka drożdżami, powstaje wrzód trawienny. Autor nie wyklucza innych znanych ogólnie przyczyn powstawania wrzodu, podkreśla tylko częstość występowania wrzodu na tle zakażenia drożdżami, które rozwijają się doskonale na kwaśnem podłożu. *H. Długosz* (Lwów).

Kazuistyka uchyłków dwunastnicy. R. BAUMSTARK. Med. Klin. Nr. 18, 1933.

A. opisuje dwa przyp. uchyłków dwunastnicy usadowionych w obu razach na wypukłej krzywiźnie części zstępującej dwunastnicy, zresztą w miejscu typowem dla tych uchyłków. Ze względu na bliskie sąsiedztwo trzustki i trudny dostęp, należy zawsze najpierw imać się leczenia zachowawczego. Cierpienie to charakteryzuje się często nawracającemi się dolegliwościami, bólami brzucha promieniującemi tak na prawo jak i lewo, stolcami fermentacyjnemi i tłuszczowemi, zaburzeniami trawienia trzustkowego, bólami głowy, gwałtownem spadkiem cieżaru ciała, znikaniem bólów w pewnej pozycji oraz typowym obrazem rentgenologicznym. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu diety lekko strawnej, leżeniu w łóżku w pozycji nieutrudniającej posuwanie się treści pokarmowej, na stosowaniu kataplazmów. *Godlowski* (Kraków).

Dychawica oskrzelowa o podłożu histerycznem. H. EDEL. Med. Klin. Nr. 10, 1933.

Dla dychawicy oskrzelowej jest charakterystyczny tylko napad, zaś w okresie między napadami, poza czasami istniejącym rozlanym nieżytem dróg oddechowych i rozedmą płuc, nie stwierdzamy nic typowego. Opieramy się przeto na zapodaniach chorego, na dokładnym opisie napadu. Ponieważ w społeczeństwie utarło się zdanie, że medycyna na dychawicę nie zna środków leczniczych, przeto zdarza się czasami t. zw. astmofobja, a to zwłaszcza u osobników, u których w rodzinie znajduje się osobnik cierpiący na to schorzenie. Inny typ stanowi udawanie napadu dychawicy i w tych razach histeryk nie opisuje dokładnie samego napadu t. zn. nie poda rodzaju duszności, ułożenia najwygodniejszego w czasie napadu, zwiastunów samego napadu, czas trwania, natomiast silnie podnosi duszność prowadzącą aż do „śmierci", czasami podają inne dolegliwości histeryczne, jak kulę histeryczną, a badaniem stwierdzamy zniesienie odruchu gardłowego, spojówkowego, wzmożenie odruchów ścięgnistych. Te przypadki, tak dla celów rozpoznawczych i leczniczych nadają się do zakładów leczniczych. *Godlowski* (Kraków).

Dusznica bolesna przy zwężeniu naczyń wieńcowych serca. M. GOLDENBERG i C. J. ROTHBERGER (Wiedeń). Ztsch. f. Klin. Med. Bd. 123. Str. 490—510.

Autorowie odrzucają zapatrywanie, jakoby dusznica bolesna mogła powstawać wskutek skurczu tętnic wieńcowych, a na pierwszem miejscu stawiają zwężenie tętnic wieńcowych (niezależnie od ostrego zawału serca). Zmiany elektrokardjograficzne w czasie napadu różnie były opisywane, uderza w nich rzadkość obrazów odpowiadających zawałowi serca. Autorzy udowadniają na podstawie doświadczeń na zwierzętach, że zmian Ekg. nie można odnieść do zmienionej objętości wyrzutowej, oporu, lub wpływu n. błędnego, lecz do częściowego niedokrwienia mięśnia serca, spowodowanego zmianami anat. Praca mięśnia niedokrwionego wywołuje nagromadzenie się w nim produktów przemiany materji, co jest przyczyną bólu. *H. Długosz* (Lwów).

Chirurgja, położnictwo, ginekologja i stomatologja.

Wartość bezkrwistości miejscowej wywołanej suprarениną. E. VOGT. Med. Klin. Nr. 15, 1933.

Przy zabiegach operacyjnych na okolicach silnie unaczynionych, celem zapobiegania silnemu krwawieniu, można się posługiwać ostrzykiwaniem owej okolicy roztworem adrenaliny w soli fizjologicznej. W całości dawka adrenaliny nie może przekraczać 40 kropel czyli 2 cm^3. Najodpowiedniej stosować 10, a najwyżej 20 kropel 1% adrenaliny w 100 cm^3 soli fizjologicznej. Po ostrzykaniu należy odczekać 5—10 min., by umożliwić skurczenie się naczyń krwionośnych. Szersze znaczenie może mieć powyższy sposób w zabiegach ginekologicznych. Działań ubocznych nie obserwowano. *Godlowski* (Kraków).

Czy należy wcześnie pozwalać wstawać z łóżka chorym operowanym. Dż. CAMBA. Med. Preg. 7. 1933.

Autor podaje wyniki spostrzeżeń i doświadczeń z metodą amerykańskich autorów Ries i Boldt, którzy polecają wczesne opuszczanie łóżka chorym po laparotomji. Na podstawie dalszych zaleceń tej metody przez Gerota i Challier zdecydowała się klinika chirurgiczna beogradzka pójść tą drogą. Wyniki były zadowalające. 1) metoda jest dobrą, 2) niema gorączek, 3) oddawanie stolca i moczu było lepsze. Nie było powikłań płucnych, embolij, ani *trombophlebitis.* W 24—28 godzin po laparotomji, z jakiegokolwiek powodu wykonanej, można pozwolić wstawać, zachowując zresztą obowiązujące normy aseptyki i tamowanie krwi. *Leszczyński* (Lwów).

Nerwobole w zakresie splotu barkowego wywołane przez powiększenie gruczołów szyjnych pochodzenia zębowego. J. VEYRASSAT. Pres. Med. Nr. 52. 1933.

A. opisuje 2 przypadki ucisku na splot barkowy gruczołów wielkości orzecha laskowego leżących wzdłuż przedniego brzegu mięśnia kapturowego. W pierwszym przypadku trwał przez 2 lata ból w zakresie nerwu nadłopatkowego, w drugim przez 2 tygodnie w zakresie całego splotu barkowego. W obu razach po usunięciu karjetycznych zębów znikły gruczoły powiększone i ustąpił ból w krótkim czasie. *K. Czyżewski* (Lwów).

Duża urazowa przepuklina płuca. A. BALDIVIESO i E. O. GUTIERREZ. El Dia Médico. Nr. 36. 1933.

Pacjent zgłosił się w 3 dni po urazie klatki piersiowej do szpitala, stwierdzono ranę na przedniej powierzchni klatki piersiowej, z której wypadł kawał płuca o długości 19 cm i szerokości 9 cm, wagi 190 g. Po wykonaniu pneumektomji — pacjent opuścił szpital w dobrym stanie. *Mester* (Kraków).

Operacyjnie wyleczony przestrzał płuc; równocześnie przyczynek do reinfuzji krwi, wylanej do surowiczej jamy ciała. J. DIVIŠ. Čas. Lek. Česk. Z. 1. 1933.

U kobiety 23-letniej, którą postrzelono z bezpośredniej bliskości browningiem w lewą pierś, wykonano w 10 godzin po zranieniu torakotomję, ponieważ wystąpiły groźne objawy postępującego wewnętrznego krwawienia i następstwa odmy. Krwawienie pochodziło z kanału postrzałowego, przebiegającego przez obydwa płaty płucne; wstrzymano krwawienie przy pomocy szwu płucnego. Po operacji reinfundowano 500 cm^3 krwi (z cytrynianem sodu) z jamy opłucnowej do żyły łokciowej zranionej kobiety. Pomimo ciężkiego stanu początkowego nastąpiło zupełne wygojenie.

Autor na podstawie własnego doświadczenia zgadza się z konserwatywnym sposobem postępowania w przypadkach łagodniejszych; pomimo to podkreśla konieczność operacyjnego leczenia przebijających poranień klatki piersiowej w tych przypadkach, w których występują objawy wewnętrznego, postępującego krwawienia i wzrastającej odmy. Reinfuzję krwi uważa za odpowiedni i korzystny środek leczniczy. *Ungar* (Lwów).

Naczyniaki mięśni szkieletowych. JENKINS, DELANEY. Surg. Gyn. a. Obst. LV. 1932.

U 22 letniej kobiety stwierdzono w prawem pośladku guz wielkości pomarańczy (chora zauważyła go przed 9-ciu laty), tuż poniżej stawu krzyżowo-biodrowego zrośnięty z mięśniem pośladkowym największym, niewykazujący zmiany położenia przy skurczu mięśnia. Rozpoznano wapniejącego skórzaka. Przy zabiegu okazało się, że guz da się usunąć wraz z częścią mięśnia i że jest to naczyniak charakteru tętniczego.

Autorowie podali w streszczeniu 62 przypadków z piśmiennictwa, z których rozpoznanie kliniczne postawiono w 21 przypadkach; sprawa najczęściej tyczyła mięśnia czworogłowego uda (43 przypadków). *Janik* (Iwonicz).

———

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

XIV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu od 12—15 września 1933.

Sekcja Radjologiczna.

W ramach XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu odbyło Tow. Radjologiczne jako odrębna sekcja swój zjazd doroczny. Do uświetnienia zjazdu tegorocznego przyczyniła się obecność wielu Kolegów Czechów i Jugosłowian, którzy bądźto wygłosili samoistne referaty i wykłady, bądź też zabierali głos w dyskusji, wnosząc do niej przez oryginalne ujęcie tematów znaczne ożywienie. Mimo że Koledzy ci przemawiali wyłącznie w swych rodzimych językach, porozumienie było bardzo łatwe i nie krępowało w niczem wymiany zdań. Wyrazem potrzeby bliższego zrzeszenia się było zawiązanie ogólno-słowiańskiego towarzystwa radjologicznego, którego zjazdy będą się odbywać naprzemian w każdym z krajów słowiańskich. Jako miejsce następnego zjazdu obrano Pragę. Towarzystwo będzie wydawać własny organ w jednym z języków światowych, w którym będą zamieszczane referaty z prac radjologicznych autorów słowiańskich.

Zjazd pracował bardzo pilnie. Zgłoszono przeszło 60 wykładów, z których niestety wiele nawet bardzo interesujących musiało odpaść spowodu braku czasu. Ta duża ilość wykładów dawała się odczuć jako pewne przeciążenie. Członkowie nie mogli brać udziału w posiedzeniach innych sekcyj bez rezygnowania z uczestnictwa w sekcji radjologicznej. Ten zarzut tyczy się także i innych sekcyj tego zjazdu, gdzie także dawało się odczuwać przeładowanie i przeciążenie referatami i wykładami. Następnie jako błąd organizacji zaznaczył się ten szczegół, że we wielu sekcjach omawiane były referaty na tematy podobne bez uzgodnienia terminu ich wygłaszania i bez porozumienia się celem odbycia wspólnych posiedzeń. Omówienie i naświetlenie pewnych tematów przez lekarzy różnych specjalności przyczyniłoby się o wiele bardziej do głębszego ujęcia tych zagadnień, aniżeli omawianie ich tylko w zamkniętem gronie specjalistów jednej gałęzi. A właśnie nigdzie indziej jak podczas ogólnych zjazdów powinno to mieć miejsce i niewykorzystanie tej sposobności musi być uważane za błąd w organizacji zjazdu. Przy układaniu tematów na zjazdy następne należałoby o tem już wcześniej pomyśleć i stworzyć w ten sposób łączność pomiędzy obradami pojedyńczych sekcyj, gdyż inaczej zjazd rozbija się na kongresy pojedyńczych towarzystw naukowych, których łączą ze sobą właściwie tylko jedność czasu i miejsca zjazdu i wspólne oficjalne uroczystości. Specjalnie odczuwano to w sekcji radjologicznej, której wiele tematów, nawet i głównych było omawianych w sekcji ginekologicznej, anatomji patologicznej i chirurgicznej, bez wzajemnego porozumienia się.

Tematami głównemi sekcji radjologicznej były: schorzenia kręgosłupa w obrazie radjologicznym, obecny stan i wyniki promieniolecznictwa w chorobach narządów kobiecych, radjoterapja gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i stosunek badania radjologicznego do badania klinicznego gruźlicy płuc. Temat pierwszy omówił Dr. S a b a t. W treściwym wywodzie ilustrowanym szeregiem zdjęć przedstawił Dr. Sabat ważniejsze schorzenia kręgosłupa, rozwój ich i powikłania i omówił rozpoznanie różniczkowe. Dr. K o c h a n o w s k i jako koreferent omówił rozwój kręgosłupa i na podstawie tendencyj rozwojowych i wpływu czynników dziedziczności starał się wytłumaczyć mechanizm powstawania anomalij i wad rozwojowych kręgosłupa.

W dyskusji, która się następnie rozwinęła Z a w a d o w s k i omówił rozpoznanie różniczkowe między zmianami pagetowskiemi, a naczyniakiem kręgów, a następnie rozwój i przebieg zapalenia kości i szpiku w kręgosłupie. Dr. M e i s e l s przedstawił rentgenogramy rzadszych schorzeń kręgosłupa jak przerzutów kościowytwórczych i kościogubnych, szpiczaka mnogiego, naczyniaka i choroby Pageta. W dalszym ciągu tego posiedzenia Dr. S a b a t przedstawił przyrząd własnego pomysłu do zdjęć śródprostnicowych. Przyrząd ten służy do wykazania zmian w kręgach ogonowych i dolnych krzyżowych i oddaje je z bardzo wielką dokładnością, którą trudno uzyskać w inny sposób. Także i do wykazania punktów kostnych wczesnej ciąży może się ten przyrząd bardzo nadawać. Prof. P o p o v i ć z Zagrzebia, nestor radjologów jugosłowiańskich, omówił anatomję rentgenowską stawów krzyżowo-biodrowych. Wykład ilustrowany szeregiem zdjęć preparatów anatomicznych i rentgenogramów miednicy wzbudził żywe zainteresowanie. Doc. S i g m u n d z Pragi przedstawił obraz radjologiczny wgłobień żołądkowo-jelitowych. Autor przedstawił obok bardziej już znanych obrazów wgłobień jelitowo-kiszkowych także i przypadki rzadsze, mniej znane wgłobień żołądkowo-dwunastnicowych. Posiedzenie następne poświęcone było zagadnieniom leczniczym. Dr. M e i s e l s wygłosił wykład o obecnym stanie i wynikach promieniolecznictwa w chorobach narządów kobiecych. Referent przedstawił podstawy kliniczne i biologiczne promieniolecznictwa ginekologicznego, a następnie porównał wyniki napromienianń z wynikami uzyskanemi zapomocą innych sposobów leczniczych. Doc. N o v a k z kliniki Prof. Ostrcila w Pradze przedstawił stan curieterapji w Czechosłowacji i wyniki w leczeniu radem raka macicy. Wyniki uzyskane na tej klinice są bardzo korzystne i przewyższają wyniki innych centrów promieniotwórczych. Autor łączy naświetlania radowe z wstrzykiwaniami w przymacicza i okolicę ogniska chorobowego ciał radjoaktywnych, wzmagających działanie napromienianń preparatów radowych umieszczonych w pochwie i szyjce macicy. Dr. V i d a k o v i ć z Zagrzebia omówił sposób leczenia chorób narządów rodnych u kobiet promieniami Roentgena i radem stosowany na klinice w Zagrzebiu. Dr. G r a b o w s k i przedstawił wyniki swej pracy doświadczalnej o wpływie promieni rentgenowskich na tworzenie się ziarniny i na przebieg procesu gojenia się. Wykazał on, że pod wpływem naświetlań rozdzielonych proces gojenia nie ulega zwłoce i opóźnieniu, co ma jednak miejsce pod wpływem naświetlenia jednorazowego o dawce tej samej wysokości. Ta sama więc dawka, która zastosowana jednorazowo wyraźnie hamuje i opóźnia gojenie, rozdzielona na naświetlania częściowe, pozbawiona jest zupełnie tego szkodliwego wpływu. Doświadczenia te dostarczają jeszcze jednego dowodu na to, że działanie naświetlań rozdzielonych wywiera na cały aparat tkanko-łączno-naczyniowy wpływ o wiele mniejszy niż działanie takich samych naświetlań jednoczasowych, na co już dawniej zwrócił uwagę referent. Dr. R e ž n i k o w przedstawił wyniki rentgenoterapji świądu zewnętrznego narządów rodnych kobiety. Autor poleca naświetlania zapomocą promieniowania twardego, filtrowanego przez miedź lub cynk. Uzyskał w ten sposób lepsze i trwalsze wyniki niż zapomocą promieniowań miękkich i słabo filtrowanych. Posiedzenie następne zajęło się radjoterapją gruczołów dokrewnych. W zwięzłym i przejrzystym referacie Dr. W a c h t e l starał się ująć zagadnienie to ogólnie z punktu widzenia wpływu naświetlań na konstytucję i soki ustroju, podczas gdy G r a b o w s k i bardziej szczegółowo omówił radjoterapję schorzeń pojedyńczych gruczołów dokrewnych. Dr. M e s z podał wyniki naświetlań choroby Basedowa na podstawie własnego materjału i naświetlań wedle własnej odrębnej metody. Prof. M a y e r przedstawił nowy sposób naświetlań, polegający na tem, że podczas napromieniania chory jest umieszczony na stole obracanym motorem wzdłuż swej osi długiej. W ten sposób kolejno cały przekrój naświetlanej okolicy ciała zostaje naświetlony ze wszystkich możliwych kierunków, co przyczynia się w wysokim stopniu do ochrony zdrowych tkanek przed nadmiernym wpływem napromienianń.

W dyskusji podniesiono jednak, że sposób ten daje korzyści tylko przy sprawach umiejscowionych w samym środku naświetlanej okolicy ciała, w sprawach zaś leżących ekscentrycznie może się zdarzyć, że pęk promieni trafi miejsca leżące poza obrębem ogniska chorobowego, miejsca, które przy naświetlaniu promieniowaniem zcentrowanem na ognisko chorobowe byłyby całkowicie chronione. Dr. F l a k s i G r y n k r a u t przedstawili swe doświadczenia nad wzrostem guzów i powstawaniem przerzutów u szczurów uprzednio ogólnie naświetlonych promieniami Roentgena. Przez ogólne uprzednie naświetlania udało się autorom zahamować wzrost nowotworów przeszczepialnych. Doświadczenia te stoją w sprzeczności z doświadczeniami wykonanemi u myszy przez S c h u s t e r ó w n ę i M e i s e l s a, gdzie uprzednie naświetlania nie zdołały wpłynąć hamująco na przyjęcie się i wzrost przeszczepialnych raków. Ostatnie posiedzenie poświęcone było stosunkowi badania radjologicznego do badania klinicznego gruźlicy płuc. Referat wygłoszony przez Dr. W e r k e n t h i n z wielką swadą i dużą znajomością tematu i ilustrowany licznemi przeźroczami był szczegółowem omówieniem radjologicznego rozpoznania różniczkowego pojedyńczych postaci klinicznych gruźlicy płuc.

Na tem obrady zjazdu zakończono. Jak z tego krótkiego streszczenia wynika, różnorodność referatów głównych jak i ubocznych pozwoliły omówić i przedyskutować prawie wszystkie ważniejsze aktualne zagadnienia dzisiejszej radjologji. Wyniki obrad byłyby może cenniejsze, gdyby można było je prowadzić w gronie nietylko specjalistów radjologów. Było to jednak, jak już wyżej wspomniano, niemożliwe. Jako siedzibę zjazdu przyszłego obrano Warszawę. Tematami głównemi będą: radjodiagnostyka w położnictwie, obraz płuc przy zastoju i radjoterapja układu wegetatywnego.

Dr. E. Meisels.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 19 listopada 1932 r.
Przewodniczy: wice-prezes Kol. Batawia.

1. Przewodniczący Kol. Batawia omówił działalność lekarską Kol. W. Stawnickiego spowodu 30-lecia Jego pracy lekarskiej i 25-lecia pracy szpitalnej w Częstochowie, następnie wręczył Jubilatowi dyplom członka honorowego Częstochowskiego T-wa Lekarskiego i w imieniu wszystkich kolegów złożył życzenia długich lat dalszej owocnej pracy lekarskiej.

2. Kol. Goldman pokazał *rzadki preparat 2 płodów 4-miesięcznych, zrośniętych tułowiem;* preparat ten uzyskano dzisiaj w czasie operowania ciąży pozamacicznej.

3. Kol. Stefan Kon wygłosił referat: *„O leczeniu rzucawki tyroksyną"*.

Zagadnienie poruszone w dzisiejszym referacie jest tylko jednym z wielu innych czynników w etjologji rzucawki. Jak wiadomo czynnik hormonalny odgrywa dużą rolę u chorych na rzucawkę. Anselmino, Hoffman i Küstner stwierdzili u chorych na rzucawkę we krwi, a Ehrhard w łożysku zwiększoną ilość hormonów tylnego płata przysadki mózgowej; wywoływali oni również rzucawkę u zwierząt eksperymentalnie, zastrzykując im hormon tylnego płatu przysadki mózgowej, mianowicie: wzmożenie ciśnienia tętniczego, zatrzymanie wody w organiźmie i wydzielanie białka w moczu. Dalsze badania w klinice we Frankfurcie wykazały przy nefropatji i eklampsji wzmożone ilości we krwi hormonów tarczycy. Ponieważ przysadka i tarczyca pod wieloma względami działają antagonistycznie, musimy dojść do wniosku, że przy rzucawce i nefropatji mamy do czynienia z nieskompensowaną nadprodukcją hormonów tylnego płatu przysadki mózgowej. Działalność tarczycy nawet wzmożona jest niewystarczająca, żeby zahamować szkodliwy wpływ nadmiernej ilości hormonów przysadki. W leczeniu zatem musimy dążyć do sparaliżowania tego szkodliwego wpływu przez wprowadzenie do ustroju hormonów tarczycy. Küstner stosował w tym celu na 48 przypadkach injekcje tyroksyny „Roche".

Atak rzucawki, jak wiadomo, jest tylko objawem choroby; w samej chorobie mamy do czynienia z t. zw. *„trias symptom"*: 1) ze zmianami w tkance podskórnej (obrzęki), 2) ze zmianami w nerkach (przepuszczalność białka) i 3) ze wzmożonem ciśnieniem tętniczem. To samo prawie widzimy w hiperfunkcji przysadki. Nim po zastrzyku tyroksyny dojdzie do pewnej harmonji w tkankach, nim organizm odzyska równowagę, musi upłynąć kilka godzin; po tym czasie płyn przedostaje się z tkanki podskórnej do krwi, obrzęki znikają i przy zdrowych nerkach następuje lepsza diureza. Przy stosowaniu tyroksyny rokowanie zależy głównie od stopnia wzmożenia ciśnienia tętniczego: gdzie ciśnienie nie dochodziło do 180 mm słupka rtęci — rokowanie było dobre, powyżej zaś 180 mm Hg — gorsze. Küstner dochodzi do wniosku, że przy zbyt wysokiem ciśnieniu tętniczem tyroksyna nie wywiera dodatniego wpływu, gdyż zmiany w organiźmie zaszły już za daleko, chorą wówczas należy niezwłocznie rozwiązać; w innych przypadkach można zachować się wyczekująco. Podaje on przypadki napozór ciężkie, gdzie ilość białka dochodziła do 22‰ (w moczu), z dużemi obrzękami, które mogły być przeszkodą przy założeniu kleszczy — obrzęki w ciągu 6—8 godz. znikały, ilość białka przy silnie wzmożonej diurezie wybitnie się zmniejszała, ataki drgawek mijały już wcześniej i przytomność wracała. W przypadkach z dużem ciśnieniem tętniczem, gdzie rzucało się w oczy również i wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, dokonywał on również nakłucia lędźwiowego, mimo to rokowanie było złe i chorą trzeba było niezwłocznie rozwiązać. Sam przebieg pooperacyjny w tych przypadkach był też ciężki, aczkolwiek żadna z tych chorych nie zmarła. Radzi on zatem w tych ciężkich przypadkach nie ograniczać się tylko do tyroksyny, lecz wprowadzić cały dotychczasowy arsenał środków leczniczych i poród zakończyć.

Daleko wdzięczniejsze pole do stosowania tyroksyny przedstawiają stany preeklamptyczne, mianowicie *hydrops* i nefropatja. Ciążę zawsze udawało się doprowadzić do normalnego końca i poród przeprowadzić samoistny.

Na oddziale ginekologicznym w szpitalu na Zawodziu referent obserwował przypadek z dużem ciśnieniem tętniczem 190—210 mm Hg w ciąży VIII mies. z dużemi obrzękami, bólami głowy i t. p.; chorą doprowadzono do normalnego końca ciąży i do samoistnego porodu (bliźniaczego). Ma się rozumieć, że ze względu na duże ciśnienie tętnicze nie ograniczono się tylko do tyroksyny, lecz stosowano i inne środki, jak upusty krwi, *narcotica* i t. p.

Należy nadmienić, że nawet bardzo duże dawki tyroksyny nie działają szkodliwie ani na matkę, ani na dziecko; niekiedy stosowano także dawki, któreby interniści przy hipotyreozie podali w ciągu wielu tygodni. Chore czują się przytem tak dobrze, że domagają się tego leku, kiedy stan ich już się polepszył, przyczem nigdy nie stwierdzono szkodliwego działania na serce. Już z tego można wnioskować, że przy nefropatji i eklampsji w ustroju jest za mało hormonów tarczycy. Dawkowanie tyroksyny „Roche" oblicza się 1 mg na litr krwi na dobę. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Epsztejn przytacza szereg teoryj i poglądów rozmaitych autorów na etjologję rzucawki. Sama nazwa *„eclampsia"* nie odpowiada obecnym poglądom — nazwa ta charakteryzuje tylko jeden z objawów, używa się więc, jako *pars pro toto*.

Kol. Goldman mówi, że referat Kol. Kona obrazuje nam jeden z nowoczesnych poglądów na rzucawkę, lecz nie jest to jeszcze etap ostatni. Co do znaczenia hormonów, zdania autorów nie są całkowicie zgodne, niektórzy przypisują wpływ innym hormonom, np. grasicy. Czy leczenie tyroksyną da lepsze wyniki, niż leczenie dotychczasowe, pokaże przyszłość, narazie nie należy jeszcze zarzucać dawnych sposobów. Przestrzega przed używaniem tyroksyny u ciężarnych, gdzie obawiamy się rzucawki, niekiedy może ona tu wywołać napad rzucawki.

Kol. Konar zwraca uwagę, że w czasie napadów rzucawki ciśnienie nie zawsze bywa zwiększone.

Kol. Grünwaldówna obserwowała przypadki, w których rzucawka występowała niespodzianie w ostatnim okresie bez zwiększonego ciśnienia.

Kol. Dykierowa przytacza pogląd na rzucawkę prof. Żebrowskiego — uważał on za przyczynę rzucawki nadmiar amino-kwasów we krwi na skutek niedomogi wątroby.

Prelegent odpowiada, że zamiarem jego nie było szczegółowe omawianie wszystkich zagadnień związanych z rzucawką, nie zamierza więc polemizować na ten temat i teraz, gdyż jest to sprawa bardzo skomplikowana. Ukryte eklampsje, trudne do przewidzenia bywają, są jednak objawy charakterystyczne, wskazujące możliwość eklamsji, jak to wzmożona pobudliwość, bóle głowy, wzmożone ciśnienie, białkomocz, *hydrops*. Co się tyczy ciśnienia, to w chwili wystąpienia napadu jest ono zawsze wzmożone, gdyż niema eklamsji bez skurczu naczyń, a więc i bez wzmożonego ciśnienia.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 10 maja 1933 r.

1. Kol. Sonnenberg: *„O występowaniu liszaja czerwonego podczas leczenia salwarsanem"*.

Pierwsze spostrzeżenia przypadków występowania liszaja czerwonego podczas leczenia salwarsanem. Potwierdzenie spostrzeżeń w prasie lekarskiej. Usiłowanie tłumaczenia tego zjawiska koincydencją dwóch spraw chorobowych. Spór naukowy o to, czy mamy tu do czynienia z typowym liszajem czerwonym, czy też z wykwitami podobnemi do liszaja. Współistnienie w skórze obok siebie obrazów zbliżonych do liszaja czerwonego. Wpływ podłoża. Skóra odpowiada na niektóre bodźce w sensie pewnej dyspozycji. Bodźce, jako czynniki wyzwalające. Udział wegetacyjnego układu nerwowego. Utajony stan hiperkeratotyczny a czynniki wyzwalające. Koncepcja Buschkego i konsekwencje z niej wypływające. Liszaj czerwony, jako odczyn skóry. Wpływ szkoły francuskiej i Blaschki na powstanie koncepcji. Usiłowanie tłumaczenia omawianego zjawiska biotropizmem. Co to jest biotropizm? Kilka przykładów klinicznych biotropizmu. Postulaty biotropizmu. Przykład liszaja czerwonego, jako przejawu biotropizmu. Przykład liszaja czerwonego po salwarsanie, jako przejawu zatrucia arsenem. Przeciwnicy koncepcji tłumaczącej to zjawisko biotropizmem. Pautrier i jego zastrzeżenia. Arsenobenzol i promienie X. Występowanie liszaja po zastosowaniu złota. Nowe argumenty Miliana w sprawie infekcyjnej etjologji liszaja czerwonego. Biotropizm pośredni i bezpośredni. Czy istnieją dziś dostateczne podstawy dla oceny zjawiska występowania liszaja po salwarsanie. Jaussion i jego tłumaczenie mechanizmu zjawisk, objętych biotropizmem. Zakończenie. (Streszczenie własne).

2. Kol. Gutentag: *„Sprawozdanie z działalności lekarzy szkolnych szkół powszechnych za rok 1931—1932"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos Kol. Leniecki, Ebin, Ładyński i prelegent.

Protokół posiedzenia z dnia 24 maja 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Chrzanowski przedstawił chorą *z moczówką prostą na tle kiłowem*. Duże pragnienie i duża, dochodząca do 30 l na dobę, ilość oddawanego moczu. Dwa razy stosowana ku-

racja swoista oraz stosowanie salyrganu, pituitrolu, pyramidonu, strychniny — nie dały żadnego wyniku. Po zastosowaniu preparatów wątroby *(panhepan* i *pernaemon)* ilość moczu spadła do 12—14 l, podnosząc się przy zaprzestaniu stosowania tych preparatów. Uzasadnić tego działania narazie nie można.

2. Kol. Reicher przedstawił 7-letnią dziewczynkę *z mimowolnem zaszczepieniem ospy na sromie.* Chora spała w jednem łóżku z siostrą, której zaszczepiono ospę ochronną i zapewne zarazek przeniosła sobie przez drapanie.

W dyskusji: Kol. Mogilnicki obserwuje obecnie w szpitalu Anny-Marji 2 podobne przypadki.

Kol. Makower obserwował podobny przypadek na punkcie sanitarnym.

3. Kol. Tatarzyńska omówiła przypadek *enterocolitis tuberculosa,* w którym nastąpiła miejscowa poprawa po zastosowaniu transfuzji 150,0 cm³ krwi.

4. Prof. Włodzimierz Koskowski (jako gość ze Lwowa) wygłosił referat pod tyt.: *„Podstawy działania leczniczego soli i wód Morszyńskich"*.

W dyskusji: Kol. Szyfman zapytał, czy były przeprowadzone próby, jak działa sól morszyńska przy cukrzycy.

Kol. Mogilnicki zapytał, jak się rozwija Morszyn pod względem frekwencji i rozbudowy.

Prof. Koskowski *w odpowiedzi:* Badania nad cukrzycą nie były przeprowadzone, sól morszyńska, jako alkaliczna, działać powinna pomyślnie. Frekwencja w Morszynie przed wojną była nikłą, około 100 osób, w ostatnim sezonie było około 2.000 kuracjuszy. W ostatnim roku wybudowano nowe łazienki, założono światło elektryczne i kanalizację. W projekcie jest Dom Zdrojowy i całoroczne sanatorjum.

5. Kol. Bender: *„Serce a tak zwany zespół Jegorowa"*. (Praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 31 maja 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Sonnenberg przedstawił 3 przypadki:

a) 22-letniego mężczyznę *ze znamionami sinemi.* Są one koloru zielonego, umiejscowione na twarzy po jednej stronie. Ujawniły się we wczesnem dzieciństwie. Do 8 roku życia były one barwy brunatnej, stopniowo barwa zmieniała się na kolor zielony. W przypadku demonstrowanym występują te znamiona w 2 postaciach: 1) w postaci rozlanych plam, nieodgradzających się ściśle od otoczenia, na skórze wokoło lewego otworu nosa i w samym nosie. Jedna plama biegnie wzdłuż i poniżej wargi dolnej; 2) w postaci wzniesień odosobnionych, rozsypanych na małym terenie; tworzą one małą gromadę na twarzy w bliskości nosa.

Po raz pierwszy znamiona te, jako znamiona sine, były opisane w r. 1906 przez Tiecha (z kliniki Jadassohna). Według Dariera są one identyczne z plamami mongolskiemi i są pozostałością tych plam. Mogą one dać początek mięsakom *(melanosarcoma).*

b) 27-letnią kobietę z *chorobą Recklinghausena.* Plamy barwikowe liczne, kształtu rozmaitego, przeważnie owalne, barwy brunatnej. Guzy liczne (kilkadziesiąt), na podstawie szerokiej, wielkości rozmaitej od grochu do pięści dorosłego człowieka. Jeden guz w okolicy lewej łopatki — wielkości główki dziecka *(dermatolysis).* Jako trzeci z objawów zespołu tego cierpienia stanowią w danym przypadku zaburzenia w narządach dokrewnych i tarczyca twarda, wytrzeszcz *(exophtalmus)* i tętno 120—150. Cierpienie ujawniło się we wczesnej młodości. Z cierpień współistniejących: gruźlica płuc od wielu lat i kiła wrodzona. Odczyn Wa. wybitnie dodatni.

c) 64-letnią kobietę, dotkniętą *zapaleniem skóry opryszczkowatem Duhringa.* Przypadek ten był również obserwowany przez Kol. Reichera. Chora przybyła do szpitala św. Aleksandra przed 3 miesiącami (31. III. 1933). Pierwsze objawy wystąpiły w pachwinie prawej, odrazu w postaci kilku pęcherzy, dobrze wypełnionych, z zawartością mętnawą. Stopniowo cierpienie w sposób napadowy rozszerzyło się na odleglejsze tereny, obejmując całą powierzchnię skóry oraz błonę śluzową policzków i języka.

Wychodząc z założenia, że między zapaleniem opryszczkowatem Duhringa a pęcherzycą istnieje pewne pokrewieństwo, postanowił Sonnenberg wypróbować w danym przypadku ten sam środek, który dał mu tak dobre wyniki w ostatnim jego przypadku pęcherzycy, a mianowicie sublimat. Zastrzykiwania roztworu 1% robiono co 3-ci dzień, poczynając od 1,0 — powiększano stopniowo o 0,1, dawka najwyższa wynosiła 1,5. Ogólna ilość zastrzyków była 19. Kąpieli nie stosowano. Zewnętrznie jedynie maści obojętne. Dieta niedrażniąca i bezsolna. Obecnie od 4 tygodni wszelkie objawy na skórze i błonie śluzowej najzupełniej znikły, znikły również i objawy subjektywne. Pozostały jedynie na miejscach, gdzie były pęcherze, zabarwienia brunatne. Stan ogólny zupełnie normalny. Czy wynik ten przypisać należy sublimatowi, powiedzieć tego stanowczo nie można.

2. Kol. Wajnsztok przedstawił *przypadek kwasicy w przebiegu karbunkulu.*

3. Kol. Szyfman wygłosił referat pod tyt.: *„Cukromocz jako objaw zakrzepu tętnic wieńcowych"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Minc skłonny byłby przypisać powstanie cukromoczu w opisanym przypadku strachowi względnie bólowi, towarzyszącym cierpieniu. Rozpoznanie zawału mięśnia sercowego uważa za ryzykowne, wszystkie bowiem przytoczone objawy mogą być i przy innych schorzeniach.

Kol. Bender uważa, że wystąpienie hiperglikemii przy zawale sercowym może mieć dobre znaczenie prognostyczne, ważniejsze niż rozpoznawcze.

Kol. Szyfman: Strach, zarówno jak ból i wstrząs należy raczej uważać niejako za moment wyzwalający cukromocz; według hipotezy prelegenta objaw ten występuje prawdopodobnie tylko u takich osobników, którzy już przedtem mieli skłonność do zaburzeń gospodarki cukrowej, jak np. ludzie otyli, hipertonicy.

W sprawie rozpoznania jeszcze raz podkreśla co następuje: dane anamnestyczne. — przebyty przed 3 laty napad stenokardytyczny, objawy kliniczne jak ból za mostkiem trwający 24 godzin i nieustępujący pod wpływem azotynów, gorączka, leukocytoza, tarcie osierdzia, znaczny spadek ciśnienia, wybitne przyśpieszenie tętna z arytmją, cały dalszy przebieg kliniczny łącznie ze zmianami elektrokardjograficznemi uprawniają do rozpoznania w danym przypadku zawału mięśnia sercowego.

Co się tyczy uwagi Kol. Bendera, to aczkolwiek przypuszczenie jego teoretycznie jest do pomyślenia (cukromocz jako skutek adrenalinemji), jednak praktycznie biorąc należy uważać wystąpienie cukromoczu za objaw niepomyślny.

Odczyt Kol. Kocena spowodu spóźnionej pory został odłożony.

Protokół posiedzenia z dnia 7 czerwca 1933 r.

1. Kol. A. Margolisowa i Kol. K. Ściesiński wygłosili referat pod tytułem: *„Przypadek promienicy płuc u dziewczynki sześcioletniej"*. (Praca ukaże się w druku).

Kol. Ściesiński podał kilka uwag w sprawie sposobów rozpoznania i wykrywania grzybka promienicy, podkreślając ważność makroskopowego oglądania ropy; omówił morfologję grzybka w świeżym preparacie, w preparatach mazanych i histologicznych, przedstawił hodowle, wykonane przez Kol. R. Ściesińską, z omawianego przypadku i innych, spostrzeganych w szpitalu im. Prez. Mościckiego, oraz okaz anatomiczny promienicy płuc, wywołanej doświadczalnie u królika przez wstrzyknięcie płynu z jamy opłucnej do żyły usznej, podnosząc rzadkość uzyskania dodatniego wyniku doświadczenia na zwierzętach. Wkońcu omówił krótko zmiany histologiczne powstałe wskutek zadziałania grzybka promienicy.

2. Kol. Z. Świder (jako gość z Pabjanic) wygłosił referat pod tyt.: *„Niedomoga narządu oddechowego"*. (Praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 21 czerwca 1933 r. w Szpitalu Anny-Marji.

Pokazy chorych.

1. Kol. Finklerówna: *„Zespół objawów anemji aplastycznej w przebiegu błonicy"*.

W dyskusji: Kol. Załęski nie jest przekonany, czy to była czynna błonica, czy tylko dziecko było nosicielem zarazków.

Kol. Mogilnicki zauważył, że jest rzeczą obojętną, czy była to błonica czynna, czy inna infekcja dość że wywołała ona tak poważne zmiany we krwi.

2. *„Gruźlica krwiopochodna u dzieci"*.

A) Kol. Polakow: *Omówienie patogenezy.*

B) Kol. Margolisowa: *Postacie kliniczne ze szczególnem uwzględnieniem postaci płucnych.* (Prace ukażą się w druku).

W dyskusji zabierali głos Kol. Frenkel i Ściesiński.

Towarzystwo Patologów Polskich (oddział poznański) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenia z dnia 24 marca 1933 r.

Przewodniczący: Doc. Płk. Dr. Kucharski.

I. Komunikaty Zarządu.

II. Pokazy:

1. Dr. Englert przedstawia pacjenta *po wykonanej torakoplastyce* (met. Sauerbrucha) *z wyjęciem 4—10 żebra włącznie w odcinkach 10 cm spowodu jamistych rozstrzeni oskrzeli*

w dolnym płacie płuca lewego. Wynik leczniczy uzyskany zabiegiem operacyjnym bardzo dobry. Ucisk płuca lewego dość znaczny. Kaszel ustąpił zupełnie. Plwocina straciła charakter ropny, a ilość jej zmniejszyła się z 150 cm³ do 30 cm³ na dobę.

2. Dr. Nowacki: *Przypadek wędrującego pocisku w jamie czaszkowej w obrębie lewej półkuli mózgowej uwidoczniony szeregiem rentgenogramów.* Wlot pocisku w worku spojówkowym lewego oka. Objawy kliniczne: wstrząs mózgu przez 4 dni, później brak zupełnie zaburzeń ośrodkowych, podmiotowo — bóle głowy i zaburzenia czucia w zakresie lewego nerwu trójdzielnego. Oko lewe: *neurits optica descendens, ruptura chorioideae* po stronie zewnętrznej. Wyjęcie pocisku (w uśpieniu narkotylem) leżącego około $1^1/_2$ cm pod powierzchnią korową lewego środkowego zakrętu skroniowego z dobrym wynikiem.

W dyskusji: Doc. Nowakowski: Na przyszłym kongresie chirurgów niemieckich (kwiecień 1933) jest w programie wykład Buscha (Stockholm) o doświadczeniach co do uśpienia awertyną w chirurgji mózgu. Otóż przedstawiony przypadek służyć może do tego tematu. Szukanie kuli w mózgu bywa często połączone z wielkiemi trudnościami. W tych razach awertyna daje najlepsze uśpienie, pozwalające bez trudności wywiezienie pacjenta do ponownego zdjęcia rentgen., które pozwoli stwierdzić, czy chirurg podczas operacji jest na dobrej drodze. W naszym przypadku stwierdzono na zdjęciu wykonanem podczas operacji, że kula leżała $1^1/_2$—2 cm od brzegu kości, pod jedną z nierówności wywołanej trepanacją. Nierówność ta w postaci zęba służyła nam podczas operacji jako wskazówka. Kulę z łatwością wyjęto. Pacjent spał przez cały czas dobrze, a po operacji nie miał żadnych ujemnych objawów w następstwie uśpienia narkotylem.

3. Dr. Tumidajski: *Przypadek ciała obcego w pęcherzu i następ. ciężkiego zapalenia pęcherza.* Pacjent lat 32 przybywa do Szpitala Miejskiego z objawami ciężkiego zapalenia pęcherza, z temperaturą wahającą się między 39 a 40,2° od 14 dni. Cystoskopja stwierdza ciężkie zapalenie ściany pęcherza z owrzodzeniami oraz na dnie twór całkowicie pokryty płatkami złuszczonej śluzówki. Wykonano operację. *(Sectio alta).* Badanie histopatologiczne ciała wolnego z pęcherza (Zakład anatomji patologicznej U. P.) wykazuje twór składający się z tkanki mięsnej poprzecznie prążkowanej, oraz tłuszczowej inkrustowanej solami wapnia. Pacjent przyznał się, że w celach profilaktycznych włożył sobie do cewki kawałek słoniny, kształtu i grubości ołówka, długości około 5 cm, który dostawszy się do pęcherza spowodował w następstwie to ciężkie zapalenie.

W dyskusji: Prof. Skubiszewski: Już podczas przeglądania preparatów mikroskopowych uderzyło nas to, że skrawek zawiera mięśnie poprzecznie prążkowane i tkankę tłuszczową w stanie zmian rozpadowych. Obecność tych dwóch tkanek niespotykanych w pęcherzu moczowym, zmusiły nas do zastanawiania się, czy nie chodzi tutaj o wprowadzenie ich do pęcherza i w tym celu poradziliśmy przeprowadzić wywiad, który potwierdził nasze przypuszczenie.

4. Dr. Klinge: *Dwa przypadki zapalenia wyrostka robaczkowego:* 1) Z wrodzoną anomalją w postaci braku części wstępującej okrężnicy. *Coecum* wysoko ułożone tuż pod wątrobą. Wyrostek robaczkowy między wątrobą i okrężnicą poprzeczną dochodził do żołądka.

2) Ze zrostem pasmowatym sieci z okrężnicą wstępującą na wysokości 6 cm poniżej zgięcia prawego powstałego na tle przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, powodującym względny *ileus.*

W dyskusji: Doc. Nowakowski: Przed kilku laty poruszyłem na jednym ze zjazdów chirurgów polskich sprawę cięcia w linji środkowej w wszystkich przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, połączonych ze silnemi zrostami w dalszem sąsiedztwie, a więc w okolicy woreczka żółciowego, dwunastnicy, żołądka i kątnicy. Zdania były wówczas podzielone co do tego stanowiska. Obecnie jesteśmy już dalej, gdyż często przychodzą pacjenci już po dokonanem prześwietleniu jelit i szkice tych prześwietlań wykazują nieraz odległe zmiany powodowane zrostami. Przypadki dziś demonstrowane były poprzednio prześwietlone. W pierwszym przypadku przypuszczano, że chodzi o daleko idące zrosty całej wstępnicy i gdyby nie cięcie z linji środkowej, operacja byłaby może z cięcia bocznego niemożliwa. W 2. przypadku naprowadziły wywiady na to, że prócz przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego istnieje jeszcze coś innego, co spowodowało względne zawężlenie jelit, aczkolwiek objawy zapalenia wyrostka robaczkowego były wyraźne. Gdyby się operowało z cięcia klasycznego, byłoby się przeoczyło preformowane zawężlenie jelit.

5. Dr. Dębski przedstawia przypadek *operowanego obojnaka prawdziwego,* lat 22, przekazanego do Szpitala Miejskiego z powodu prawostronnej uwięźniętej przepukliny pachwinowej, który to przypadek dał inicjatywę do sporządzenia pracy na temat obojnactwa prawdziwego u człowieka. Jak się okazało w toku operacji, zawartość worka przepuklinowego przedstawiała trąbkę w stanie zapalnym *(pyosalpinx)* oraz otwór groniasty podobny do jajnika torbielowato zmienionego. Po przecięciu pierścienia przepuklinowego i rozszerzeniu cięcia udało się wyjąć macicę dwurożną, która swem niedorozwiniętem ujściem kończyła się głęboko za pęcherzem, wraz z jajowodem prawym zapalnie zmienionym i wspomnianym tworem oraz część dostępną jajowodu lewego, który swem ujściem brzusznem zrośnięty był w lewym kanale pachwinowym. Przebieg pooperacyjny bez komplikacji, rana zagojona przez rychłozrost.

Jak wykazują wywiady i badania, chodzi o obojnaka prawdziwego z gruczołem płciowym mieszanym po stronie prawej *(ovariotestis)* oraz jądrem fizjologicznie czynnym po stronie lewej. Budowa ciała jest typu mieszanego, narządy płciowe wewnętrzne operacyjnie usunięte są żeńskie, narządy zewnętrzne są męskie z nieznacznem spodziectwem, cechy płciowe fizyczne są mieszane zbliżone do typu żeńskiego *(ginekomastia),* cechy psychiczne są wyraźnie męskie.

Badania anatomo-patologiczne zostały wykonane przez Dr. Stojałowskiego w Zakładzie anatomji patologicznej U. P. (Dyr. Prof. Dr. L. Skubiszewski).

III. Dr. Stojałowski. *Wykład na temat obojnactwa prawdziwego u człowieka.* Referent omawia szczegółowo pochodzenie nazw *„hermaphroditismus"* oraz *„gynandria"*, jak również piśmiennictwo dotyczące tego zagadnienia począwszy od starożytnej literatury greckiej i rzymskiej poprzez średniowiecze aż do najnowszych badań nad tą wadą rozwojową. Zagadnienie to posiada niewątpliwie największe znaczenie praktyczne w medycynie sądowej, stąd też istnieje szereg prac, które omawiają sprawę obojnactwa u człowieka z punktu widzenia prawnego. Z piśmiennictwa tego wynika, że prawodawstwo różnych krajów jest bardzo niejednolite w tym przedmiocie lub też zupełnie nie zajmuje stanowiska wobec tego zagadnienia.

Referenta interesowała sprawa obojnactwa przedewszystkiem z punktu widzenia biologiczno-morfologicznego. Piśmiennictwo w tym kierunku jest bardzo obszerne, przyczem istnieje szereg prac podstawowych, usiłujących rozwiązać ten problem zapomocą różnych teoryj (Benda, Halban, Sauerbeck, Wilson, Mac Kleng).

Przypadków obojnactwa u człowieka opisano dotąd zgórą 2.000, z tego podaje już w roku 1908 autor polski Neugebauer przeszło 1.200 zebranych z piśmiennictwa światowego. Z tej olbrzymiej liczby przypadków podanej w piśmiennictwie istnieje tylko 13 przypadków obojnactwa prawdziwego u człowieka. Operowany przez Dr. Dębskiego osobnik jest 14-tym.

Preparat anatomiczny, uzyskany przy operacji został poddany dokładnym badaniom histologicznym i wykazał tkankę macicy, zapalnie zmienioną trąbkę prawą *(pyosalpinx),* część trąbki lewej zmienionej zapalnie i niedorozwiniętej, oraz gruczoł płciowy, zawieszony na trąbce prawej, który okazał się gruczołem obojnaczym *(ovariotestis).* Część jajnikowa była fizjologicznie dojrzała (pęcherzyki Graafa z jajkami) a część jądrowa posiadała nabłonek cewek znacznie zróżnicowanych, jednak bez plemników. Punkcja gruczołu płciowego lewostronnego, znajdującego się w worku mosznowym wykazała żywe plemniki.

Na podstawie badań mikroskopowych narządów płciowych nie ulega wątpliwości, że chodzi tu o nowy przypadek obojnactwa prawdziwego u człowieka, a mianowicie o obojnactwo prawdziwe boczne, według klasyfikacji Klebsa z jądrem o cechach dojrzałości (żywe plemniki) oraz gruczołem mieszanym prawostronnym *(ovariotestis)* z dojrzałą fizjologicznie tkanką jajnikową i znacznie zróżnicowaną tkanką jądrową. Obojnactwo prawdziwe boczne z dojrzała fizjologicznie tkanką jajnikową i jądrową u tego samego osobnika zostało dotąd opisane tylko w jednym przypadku (Salen). Na uwagę zasługują również w wyżej opisanym przypadku t. zw. kamyczki jądrowe, które stwierdzono w cewkach gruczołowych tkanki jądrowej gruczołu obojnaczego. Kamyczki podobne zostały dotąd opisane tylko w jednej pracy, mianowicie autor japoński Takeo Oiye (1928 r.) znalazł je w kilku przypadkach na kilkaset przebadanych dokładnie jąder i wyraził pogląd, że są one widocznie właściwością jego rasy, skoro niema o nich wzmianki w piśmiennictwie światowem.

(Praca na powyższy temat ukaże się w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym).

W dyskusji: Prof. Skubiszewski: Równocześnie z wadami rozwojowemi dróg płciowych, jakiemi są różne postacie obojnactwa, znajdują się również wady rozwojowe układu moczowego. Jest to usprawiedliwione ścisłym związkiem, jaki istnieje pomiędzy kanałem Wolffa czyli przewodem pranercza a kanałem Müllera i gruczołem płciowym.

Również istnieje związek zmian nadnercza z wadami rozwojowemi układu płciowego. Chodzi tu o związek natury hormonalnej, przemawiający za pewnym synergizmem kory nadnercza z układem płciowym. Za tem przemawiają następujące fakty: Marchand znalazł przy obojnactwie rzekomem zewnętrznem żeńskiem niedorozwój janików i przerost istoty korowej nadnercza i dodatkowe nadnercze w *lig. latum.*

Toteż przy zaburzeniach w rozwoju układu płciowego, jakim jest obojnactwo prawdziwe czy rzekome, należy zawsze badać stan nadnerczy, czy nie są one siedliskiem nowotworów.

Sam zabieg operacyjny wykonany przez Dr. Dębskiego był doskonale przeprowadzony, co spowodowało brak uszkodzenia preparatu, a tem samem Kol. Dębski przyczynił się do przeprowadzenia wyczerpujących badań morfologicznych.

Sekretarz Tow. Pat. Pol. (oddz. pozn.): *L. Konkolewski.*
Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.: *Fr. Łabendziński.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 2 maja 1933 roku.

1. Kol. Chodkowska S. przedstawia: *„Przypadek marskości zanikowej wątroby"*.

M. lat 44, przebył kiłę w 1914 roku i używał umiarkowanie napojów wyskokowych. Klinicznie objawy przewlekłej niewydolności układu krążenia, macalna wątroba i śledziona. Odczyn Wassermanna słabo dodatni; 28. IV. 1933 roku krwawienie z jamy ustnej. 29. IV. zmarł.

Bądanie pośmiertne: Stłuszczenie zwyradniające mięśnia sercowego, ostre rozszerzenie serca, zwężenie ujścia żylnego lewego z niewydolnością zastawki dwudzielnej, marskość zanikowa wątroby, rozszerzenie żył przełykowych dolnych, puchlina brzuszna, stan podżółtaczkowy.

2. Kol. Dąbrowska J. i Dębicki K., przedstawili „Przypadek olbrzymiego wodonercza, powikłanego krwiakiem okołonerkowym".

M. lat 52. Przed kilku godzinami zachorował wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnej. Ponadto cierpiał na wadę serca. Zdecydowano laparotomję w znieczuleniu rdzeniowem. Tuż po zastrzyku chory zmarł.

Sekcja wykazała niespodziewanie obok olbrzymiego wodonercza krwiak okołonerkowy. Bliższe badanie preparatu po utrwaleniu wykazało, że wodonercze powstało tu na tle dodatkowej tętnicy krzyżującej się z moczowodem, krwiak zaś przez pęknięcie tętniczki torebkowej wskutek zmian miażdżycowych.

3. Kol. Zembrzuski L. wygłosił odczyt p. t.: „Konstytucja i choroby Napoleona I-go". (Lekarz Wojskowy Nr. 1—2. XXII. 1933 r.

4. Kol. Fliederbaum J. i Landauówna M. wygłaszają odczyt p. t.: „Badania nad gospodarką cukrową w chorobach serca i nerek".

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 9 maja 1933 roku.

1. Kol. Michalski Z., Grzybowski T. i Krystof A. wygłaszają odczyt p. t. „Teorja i praktyka swoistego leczenia gruźlicy". Prelegenci: 1) demonstrują u chorych odczyny otrzymane po szczepionce Doc. Z. Michalskiego, 2) przedstawiają szereg klisz z przebiegu leczenia szczepionką, 3) przedstawiają karty szpitalne gorączkowe z omówieniem przebiegu leczenia szczepionką, 4) omawiają uzasadnienie teoretyczne i szczegóły praktyczne z dotychczasowego swego doświadczenia, biorąc jako podstawę artykuł Z. Michalskiego ogłoszony w Nr. 8 „Medycyny".

W rozprawie przemawiali:

Kol. Grycewicz M.

Kol. Skwarczewska H. leczyła 1 przypadek szczepionką ambulatoryjnie.

Ślusarz 32 lat, dobrze odżywiony, gorączkujący od 18-stu miesięcy, w obrębie plamistego nacieczenia środkowego pola płuca prawego, kilka niewielkich jamek. W plwocinie prątków Kocha nie wykryto. Przy stosowaniu szczepionki małemi dawkami V-go roczczynu (0,1; 0,2; 0,4; 1,0) już po 4-ch zastrzykiwaniach pacjent stwierdził brak gorączki, który utrzymuje się do chwili obecnej, t. j. przeszło 4-ry tygodnie — pomimo ciężkiej pracy fizycznej. Jak się będzie dalej posuwało leczenie, pokaże przyszłość.

Odpowiadał: Kol. Michalski Z.

2. Kol. Trojanowski A. przedstawia: „Przypadek raka tarczycy".

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 maja 1933 roku.

1. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. J. Laskowskim.

Urodził się w roku 1870. Studja lekarskie ukończył w roku 1897 na Wydziale Lekarskim. Po ukończeniu ich w celu dalszego kształcenia się i wyspecjalizowania wstąpił do Instytutu Położniczego Uniwersytetu Warszawskiego w charakterze młodszego ordynatora. Po ukończeniu ordynatury przeniósł się do oddziału ginekologicznego ś. p. Doc. Dra Zygmunta Monsiorskiego w szp. wolskim. Czując braki w wykształceniu chirurgicznem tak niezbędnem dla ginekologa, przeniósł się po paru latach do oddziału ś. p. prof. B. Sawickiego w charakterze asystenta wolontarjusza, w roku zaś 1910 do oddziału chirurgicznego Dra Z. Sławińskiego, gdzie pozostawał do chwili wybuchu wojny światowej, kiedy powołano go do służby w armji rosyjskiej.

W czasie wojny w latach 1916—1917 był ordynatorem szpitala wojskowego w Odesie, pozatem rozwinął tam bardzo energiczną działalność obywatelską: był lekarzem Komitetu Obywatelskiego pomocy ofiarom wojny, brał czynny udział w tym Komitecie. Był również bardzo czynnym członkiem Związku Wojskowych Polaków w Rosji, przyczynił się dużo do życia społecznego Kolonji Polskiej w Odesie. Za tą swą pracę społeczną został odznaczony krzyżem walecznych.

Członkiem naszego Towarzystwa był od roku 1908. Napisał jedną pracę naukową pod tytułem: Słów kilka w sprawie zapalenia żył sromu.

Zmarł nagle dnia 22 kwietnia roku 1933.

Cześć Jego pamięci!

2. Kol. Rutkowski J. przedstawia pacjentkę po wstrzykiwaniu alkoholu do zwoju Gassera. Pacjentce tej 10 lat temu zastrzyknął alkohol do lewego zwoju Gassera spowodu ciężkiego obustronnego nerwobólu nerwu trójdzielnego. Po stronie prawej wyleczenie nastąpiło po parokrotnych wstrzyknięciach obwodowych. Od tego czasu pacjentka nie miewa napadów, czuje się doskonale. Znieczulenie w obrębie gałęzi nerwów, do których zastrzyknięto alkohol, trwa dotychczas, ale nie sprawia pacjentce przykrości. Oko lewe znieczulone zupełnie, odruch spojówkowy zniesiony, pomimo to *keratitis neuroparalytica* nie wystąpiło, oko było i jest zdrowe.

3. Kol. Fejgin M. wygłasza odczyt p. t.: „Różniczkowanie, rokowanie i postępowanie w stanach żółtaczkowych".

W rozprawach przemawiali Kol.: Kaczyński K., Rutkowski J., Orłowski W., Zaorski J., Landau L., i Fejgin M.

Zast. Sekr. Dor.: *M. Kruszówna.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół V. posiedzenia z dnia 8 lutego 1933 r. odbytego wspólnie z Wileńskiem Kołem Tow. Int. Polskich. Przewodniczący Prof. Wł. Jakowicki przy udziale Prof. A. Januszkiewicza.

1. Dr. L. Achmatowicz demonstruje chorego, operowanego spowodu *Pancreatitis haemor. acuta* z nekrozą ogona trzustki. Pacjent ma lat 21. Zachorował nagle. Po spożyciu kolacji zjawiły się wymioty, silne bóle w brzuchu, zapaść, bóle lokalizowały się w okolicy pępka. Przy badaniu chorego w 22 godz. od początku choroby stwierdzono temp. 37,6, tętno 82, brzuch wciągnięty, wzgl. miękki, bolesny w lewem podżebrzu i w okolicy nerki lewej. Rozpoznanie ustalono przed zabiegiem, który wykonano natychmiast i stwierdzono typowy obraz z nekrozą ogona trzustki. Zabieg polegał na nacięciu torebki trzustki, usunięciu części obumarłych i sączkowaniu ogniska. Obecnie w 5 tygodni po operacji chory ma się dobrze. Istnieje przetoka ropiejąca, z której wydziela się prawie czysty sok trzustkowy.

2. Dr. Pomeranc. Przypadek charłactwa pochodzenia przysadkowego (choroba Simmondsa). (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Prof. Jakowicki zapytuje, jak wypadły odczyny na hormony przysadki. Dr. Świeżyński zapytuje, czy stosowano leczenie przeciwkiłowe. Prelegent odpowiada, że badań biologicznych nie robiono, leczenie przeciwkiłowe stosowano.

3. Dr. Salitówna i Dr. St. Januszkiewicz. *Myeloma multiplex* (Szpiczak mnogi) (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Dr. Szabad zapytuje, czy określono kw. mlekowy w moczu. Dr. Łukowski zapytuje, czy określono ilość cholesteryny we krwi. Prelegentka odpowiada, że kw. mlekowego nie badano, zaś ilość cholesteryny we krwi była normalna.

4. Dr. St. Januszkiewicz i Dr. Makower. Badania radjologiczne błony śluzowej przewodu pokarmowego i jego wartość kliniczna. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Dr. Szadowski zapytuje, czy ucisk żołądka stosowany w tej metodzie, nie daje sztucznych obrazów. Dr. Jabłonowski wyraża obawę, czy ta nowa metoda badania błony śluzowej żołądka nie utrudni ogółowi rentgenologów interpretacji obrazów rentgenologicznych, nieraz wysoce skomplikowanych i trudnych do zrozumienia.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że ucisk stosowany racjonalnie nie zmienia zasadniczo obrazu błony śluzowej. Metoda ta rzeczywiście wymaga pewnego przekształcenia dotychczasowych pojęć, co jednak początkowo tylko sprawia pewne trudności.

5. Prof. A. Januszkiewicz. *Dusznica bolesna a zawał mięśnia sercowego.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji dwukrotnie zabierał głos prof. Orłowski Z. i zaznaczył, że w swym referacie prelegent podnosił duże znaczenie badania elektrokardjograficznego, które to badanie daje obraz niezmiernie charakterystyczny dla zatoru naczyń wieńcowych serca. Jest to zupełnie słuszne. Badanie to jednak nie ma żadnego praktycznego znaczenia, gdyż elektrokardjografy są niezmierną rzadkością, a powtóre tego rodzaju chorzy w ogromnej większości przypadków są to chorzy pozaszpitalni. Rozpoznanie zatoru, względnie zatkania tętnic wieńcowych, serca w obecnych czasach nie przedstawia większych trudności i bez elektrokardjograficznego badania. Na podstawie zespołu objawów klinicznych można nawet rozpoznać, która z tętnic uległa zatkaniu. Hamerer w 1878 r. był tym pierwszym, który za życia chorego rozpoznał zator tętnicy płucnej. W Rosji najwięcej tą sprawą zajmował się prof. Obrazcow.

Na zakończenie zapytuje Prelegenta, jak w opisywanym przez niego przypadku było z oddawaniem moczu: niektórzy autorowie zwracają uwagę na fakt, że często w wyniku zatoru t. wieńcowej rozwija się b. prędko bezmocz trwający mniejwięcej dobę.

W odpowiedzi Prof. Januszkiewicz zaznaczył, że intencją jego było właśnie między in. podkreślenie, że już przed 30 laty zgórą Obrazcow rozpoznał przypadek zawału serca, opierając się jedynie na danych badania fizykalnego. Dzisiaj rozpoznanie takie może być jeszcze potwierdzone badaniem elektrokardjograficznem, zaś w przypadkach łagodniejszych i wątpliwych jedynie tą drogą rozpoznane. Ale główną intencją prelegenta było wskazanie na potrzebę wyodrębnienia z ukrywających się pod ogólną nazwą dusznicy bolesnej, tych właśnie przypadków, w których dusznica powstaje na tle zawału, a to dlatego, że zawał stanowi tu zmianę najistotniejszą zarówno w obrazie patologoanatomicznym jak też klinicznym. Dotychczasowe miano *„Thrombosis art. coron. cordis“* nie zawsze odpowiada zmianom rzeczywistym, gdyż zawał może powstać także na tle zatoru oraz na tle zaburzeń czynnościowych w naczyniach wieńcowych serca (skurcz).

Wyodrębnienie zawału pod mianem *„Infarctus myocardii“* przyczyni się do poważniejszego liczenia się z możliwością tej sprawy nietylko w przypadkach o symptomatologji dusznicy bolesnej, lecz wczesne i dokładne rozpoznanie stanowi tu nieraz o życiu chorego.

Sekretarz: *Doc. M. Zaleski.*

Protokół VI. posiedzenia z dnia 15 lutego 1933 r.

Przewodniczący: Prof. Wł. Jakowicki.

I. Prof. Dr. K. Michejda demonstruje chorego, któremu po złamaniu kości śródręcza założono opatrunek z wyciągiem w postaci koszyczka - zabawki, zastosowanej po raz pierwszy przez prof. Kadera.

II. Doc. D. J. Hurynowiczówna. *„W sprawie dielektrolizy transcerebralnej“.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Prof. Seńkowski zaznacza, że ponieważ ruchliwość bezwzględna jonów jest bardzo mała, niemożliwem jest wprowadzenie jonów zapomocą dielektrolizy na większą odległość od elektrody.

Dr. Baniewicz przypomina znane zjawisko niebieskiego zabarwienia się płótna, osłaniającego katodę, po zastosowaniu dielektrolizy z jodkiem potasu, wskutek wiązania się odkładającego się jodu z krochmalem.

Prof. Władyczko podkreśla świetne wyniki Bourguignon'a uzyskane dielektrolizą.

Doc. Hurynowiczówna *w odpowiedzi* Prof. Seńkowskiemu wyjaśnia, że znana jest niemożliwość przenoszenia się jonów na większych przestrzeniach, jednak stwierdza się wyraźne działanie poszczególnych jonów na ośrodki i nerwy naczynioruchowe pod wpływem prądu galwanicznego. W zakończeniu dodaje, że według Bourguignon'a lecznicze działanie dielektrolizy polega na wcielaniu się jonów do krwiobiegu w elektrycznem polu na linji działających sił prądu, dlatego ważna jest ścisła lokalizacja prądu, sposób zaś wprowadzenia jonów jest sprawą drugorzędną.

III. Dr. W. Krotow (gość) — *„Tenebryl, jako nowy środek do urografji dożylnej“.* Odczyt ilustrowany pokazem licznych urogramów, wykonanych na I-ej Klinice Chorób Wewnętrznych U. S. B., z zastosowaniem francuskiego preparatu „Tenebrylu“. Referent na podstawie otrzymanych wyników podkreśla, że preparat ten jest lepszy od innych środków kontrastujących; po szybkiem wprowadzeniu małej ilości (20 cm³ 35% Tenebrylu) uzyskuje się wyraźne urogramy, najlepsze po 10 minutach. Tenebryl jest dogodny w użyciu, nie wywołuje żadnych ujemnych objawów ubocznych, nadaje się nawet do użycia ambulatoryjnego. Z powyższych względów Tenebryl godny jest polecenia.

W dyskusji zabierają głos Dr. Januszkiewicz, Dr. Krotow i Prof. Orłowski.

Sekretarz T-wa: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

Protokół VII. posiedzenia z dnia 22 lutego 1933 r.

Przewodniczący: Prof. Wł. Jakowicki.

I. Dr. G. Wolfson (gość) przedstawia przypadek *atrophiae cutis idiopaticae* u 50-letniej kobiety. Procesem chorobowym zajęta jest prawie cała powierzchnia tułowia oraz kończyn za wyjątkiem głowy, szyi, palców rąk i nóg oraz powierzchni dłoniowej i stopowej kończyn górnych i dolnych. Nasilenie zmian chorobowych jest nierównomierne; najsilniej są zaatakowane dolne 2/3 powierzchni tułowia, lewa ręka i prawa noga. W miejscach zaatakowanych skóra jest ścieńczała, sucha, pomarszczona, łatwo układa się w fałdy, zabarwiona normalnie z wyjątkiem prawej stopy, gdzie widoczne jest zabarwienie fioletowe. Objaw Pośpiełowa dodatni na bocznych powierzchniach tułowia (zanikła skóra ma wygląd zmiętej bibułki). Wyraźnie zaznacza się również zanik mięśni i kośćca, jak to uwidacznia załączone zdjęcie rentgenologiczne. Narządy wewnętrzne bez zmian. Pewne osłabienie czucia bólu oraz ciepła na podeszwach stóp. Odczyn Wassermanna ujemny. Mocz bez zmian. Rozpoznanie zostało również potwierdzone badaniem drobnowidowem wycinków skóry, przeprowadzonem w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. S. B.

Schorzenie to nosi również nazwę *dermatitis chronica atrophicans progressiva.* Prelegent skłonny jest tłumaczyć powstanie tego cierpienia ciężkim urazem psychicznym podczas wojny światowej.

W dyskusji zabierali głos Doc. Dr. Wąsowski, Doc. Dr. Mienicki i Dr. Wolfson.

II. Doc. Dr. T. Wąsowski przedstawia przypadek *ciała obcego w przełyku, wydobytego drogą ezofagoskopji.*

Chory B. K., lat 57, przed 4 godzinami spożywając zupę przełknął kość, która uwięzła w przełyku, powodując mocne bóle i niemożność przełykania. Wykonana w znieczuleniu kokainą, po uprzedniem wstrzyknięciu morfiny ze skopolaminą ezofagoskopja wykazała obecność w przełyku 2 cm poniżej dolnego brzegu chrząstki obrączkowej cienkiej blaszki kostnej, ustawionej poprzecznie. Lewy ostry brzeg kości był mocno wklinowany w ścianę przełyku tak, iż próby wydobycia kości szczypczykami przełykowemi powodowały wynicowanie ściany przełyku. Wobec tego rozpoczęto ostrożnie odsuwać tępym haczykiem przełykowym śluzówkę, nadzianą na brzeg ostry kości, i po kilku próbach dopięto celu — brzeg kostny ukazał się w tubie ezofagoskopu. Dalsza ekstrakcja ciała obcego nie przedstawiała już żadnej trudności. Chory zniósł zabieg dobrze. Celem niniejszej demonstracji jest podkreślenie wielkiej korzyści, jaką może w przypadkach podobnych dać operującemu umiejętne zastosowanie tępego haczyka przełykowego.

III. Dr. Jankowska (gość) wygłasza referat p. t. *„Próba syntezy biologicznej wzruszeń“* (Rzecz przeznaczona do druku).

IV. Prof. Prüffer (gość) *„Zapach płci u zwierząt“* (autoreferatu nie dostarczono).

W dyskusji: Prof. Dr. Szmurło podkreśla subtelność węchu u człowieka, która jest ściślejsza niż odczynniki chemiczne lub spektroskop. Narząd węchu jest lepiej rozwinięty u ludzi mieszkających na wsi, a słabiej — w mieście.

Prof. Dr. Jakowicki wskazuje na związek, zachodzący pomiędzy powonieniem a podnieceniem płciowem, oraz niektóremi zaburzeniami czynnościowemi narządów płciowych kobiet.

Protokół VIII. posiedzenia z dn. 8 marca 1933 r. odbytego wspólnie z Wileńskiem Kołem Tow. Int. Polskich.

Przewodniczy: Prof. Wł. Jakowicki przy udziale Prof. A. Januszkiewicza.

1. Dr. St. Fedosewicz demonstruje z Kliniki Dermatologicznej przypadek trzeciorzędowej kiły nosa, górnej wargi, policzków i podniebienia. Przypadek dotyczy chorej lat 60. Choroba trwa już lat 9. Odczyn W. silnie dodatni.

2. Prof. Dr. K. Michejda przedstawia a) chorego lat 3 i 3 miesięcy, który spowodu mięsaka nerki był leczony poza kliniką dwukrotnie promieniami Roentgena. Guz się zmniejszył, jednakże już po 2 miesiącach wystąpił nawrót. Chorego operowano. Stwierdzono zrosty z jelitem wstępującem i z żyłą główną. Guz ważył 1,6 kg. Waga dziecka — 14 kg. Stan chorego dobry. b) Chorą po zapal. ropn. gr. piers. leczoną operacyjnie (2 cięcia w kwadr. zewnętrznem). Chora utrzymała zdolność karmienia. Ilość wydzielanego pokarmu z piersi chorej nie jest mniejsza od ilości pokarmu z piersi zdrowej.

W dyskusji Dr. Zarcyn zapytuje, czy badano mleko na zawartość ciałek ropnych. Prelegent odpowiada, że nie badano. Prof. Jakowicki robi uwagę, że dziecko mogło przenieść infekcję z piersi chorej na zdrową.

3. Prof. Dr. J. Szmurło demonstruje chorego z Kliniki Otolaryngologicznej operowanego spowodu guza szczęki górnej. Guz wielkości głowy noworodka. Rozpoznanie anatomo-patologiczne — *fibro-chondrosarcoma*. Stan chorego dobry.

4. Dr. Zarcyn demonstruje chorą lat 16, która została skierowana do szpitala z rozpoznaniem zwężenia odźwiernika celem dokonania zespolenia żołądkowo-jelitowego. Po zorjentowaniu się, że rozmaite przypadłości a przedewszystkiem wymioty powstały na tle histero-neurastenji, chora została poddana leczeniu hipnozą przez Dra Wirszubskiego i powróciła do zdrowia.

W dyskusji Dr. Wirszubski podkreśla znaczenie dokładnego badania pod względem psychicznym i nerwowym takich przypadków, by na przyszłość uniknąć przykrych niespodzianek. Dr. de Rosset zauważa, że podczas obserwacji, jakiej ta chora była poddana w I. Klinice Wewnętrznej, zdradzała jednak zmiany w zakresie somatycznym. Toż samo twierdzi Dr. Łukowski.

5. Dr. Łobza demonstruje chorego, który przybył do II. Kliniki Wewnętrznej U. S. B. spowodu bólu w prawej okolicy lędźwiowej i gorączki typu zwalniającego ze wzniesieniami do 38—39°. Pierwsze objawy przed rokiem, wybitne pogorszenie od 3 i pół miesięcy. Badanie fizykalne żadnych zmian prócz bladości powłók, niewielkiej bolesności w prawej okolicy lędźwiowej przy wstrząsaniu i nieco powiększonej prawej nerki nie wykazywało. W moczu białka — 1—2‰, w osadzie odwirowanym do 100 krwinek w polu widzenia, wałeczki ziarniste i obłożone krwinkami 1—2 co parę pól widzenia, gdzieniegdzie wałeczek szklisty i pojedyńcze leukocyty. Prątków Kocha nie znaleziono. Parcie krwi normalne. Czynnościowa sprawność nerek zachowana. W poszukiwaniu przyczyny gorączki dokonano zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej. Na kliszy uwidoczniły się nieco wzmożone cienie wnęk oraz zatarcie prawego kąta sercowo-przeponowego. Powtórne zdjęcie twardemi promieniami ujawniło obecność kolbowatego, rozszerzającego się ku dołowi, cienia na tle dolnych piersiowych kręgów, pokrytego w części cieniem serca. Konfiguracja cienia odpowiada najwięcej ropniowi opadowemu. Zdjęcie boczne ujawnia cień w tylnem dolnem śródpiersiu, ugniatający częściowo przeponę ku dołowi. Punktu wyjścia domniemanego ropnia z kręgosłupa wykryć nie można ani radjologicznem ani fizykalnem badaniem — kręgosłup przy ruchach, opukiwaniu i obciążaniu niebolesny. Badaniem cystoskopowem ustalono, że krwawią obie nerki jednakowo. Zdjęcie nerek wykazało powiększenie ich, niewielkie opuszczenie oraz nieduże załamanie prawego moczowodu. Objawy ogniskowe zapalenia wiąże prelegent z obecnością ropnia i tłumaczy je podrażnieniem toksycznem.

W dyskusji prof. A. Januszkiewicz podkreśla, że rozpoznanie domniemanego ropnia, do którego tutaj niesposób było dojść drogą badania fizykalnego, oparte zostało na przypadkowo ujawnionym cieniu podczas prześwietlania klatki piersiowej i zwraca się z zapytaniem do chirurgów, czy jest tu możliwy zabieg operacyjny ze względu na wyraźne trudności techniczne. Prof. Orłowski wysuwa tu przypuszczenie o możliwości bąblowca. Dr. Zarcyn radzi czekać, aż ropień opuści się do pachwiny. Prof. Michejda twierdzi, że jest to ropień zimny i radzi go punktować pomimo trudności wykonania tego. Dr. Żemojtel podaje, że obserwował podobny przypadek w szpitalu kolejowym. Zrobiono nakłucie i wydobyto ropę z prątkami Kocha.

6. Dr. Kapłan: Przypadek włośnicy. Chory lat 32, masarz, zachorował 10. I. 33 r.: bóle w jamie brzusznej, biegunka, gorączka do 39°, osutka wybroczynowa. Chory został skierowany do szpitala zakaźnego. Tu wystąpiły obrzmienie powiek i części twarzy, bóle i sztywność mięśni oraz duszność. Badanie krwi wykryło 30% kwasochłonnych przy leukocytozie 16800, to nasunęło przypuszczenie włośnicy. Objawy chorobowe powoli cofały się, a ciepłota spadła do normy. W końcu stycznia chory został wypisany ze Szpitala zakaźnego. W domu bóle i gorączka wznowiły się i w połowie lutego chory przybył do Szpitala Żydowskiego Miejskiego na oddział prelegenta. Wtedy uskarżał się na ogólne osłabienie, zawroty i szum w głowie, brak łaknienia, stan podgorączkowy, tętno 98, ciśnienie krwi bardzo niskie bo 105 R. R. W obrazie krwi eozynofilja (15%), leukocytoza oraz nieznaczna erytropolycytemja 5660000. Przytoczony przypadek jest ciekawy ze względu na rzadkość schorzenia i jego znaczenie epidemjologiczno-higjeniczne. Prelegent leczył chorego spoczątku podawaniem tymolu (0,5 — 3 razy dziennie), później stosował żelazo, arszeniki i tran. Stan chorego znacznie poprawił się.

W dyskusji prof. A. Januszkiewicz podaje, że w 1924 r. obserwował w swojej klinice 8 przypadków włośnicy i 2 w roku 1926, więcej nie miał, co dobrze świadczy o nadzorze miejskiego urzędu sanitarnego. Cechowało je istotnie niskie ciśnienie krwi, gdyż wahało się między 78 a 105 mm Hg; wzmożenie ilości Hb i erytr. oraz eozynofilji do 62%. Śród licznych ciałek kwasochłonnych nie udało się jednak spostrzec odmiennych budową i ziarnistością, zgodnie z obserwacją niektórych autorów. Mocz we wszystkich przypadkach normalny. Opadanie krwinek było wybitnie zwolnione. Odruchy ze ścięgien przeważnie leniwe. Dr. de Rosset mówi o niebezpieczeństwie dla życia w razie umiejscowienia sprawy w przeponie. Prof. Pelczar mówi o *myocarditis trichinosa*, czem może się tłumaczy i hipotonja u takich chorych. Prof. Orłowski podkreśla występowanie bólu przy ruchach gałek ocznych. Prof. Szmurło zapytuje, czy nie było zaburzeń ze strony krtani. Dr. Wasilewska-Świdowa podkreśla intensywność osutki w danym przypadku, co w połączeniu z wysoką ciepłotą przypominało obraz duru osutkowego. Prof. Januszkiewicz zauważa, że osutka we włośnicy jest najpewniej wyrazem zatrucia rozpadającem się i wchłanianem białkiem. Stan serca, o którem wspomina prof. Pelczar może istotnie być powodem utrzymującego się niskiego ciśnienia krwi.

7. Dr. Salitówna: Azocica ostra (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Dr. de Rosset zaznacza, że zamiast „azotemją ostrą" lepiej nazywać stan ten „azotemją pozanerkową". Jeżeli zaś uznać, że najczęstszem podłożem azotemji ostrej jest pierwotne zubożenie ustroju w chlorki, to odpowiedniejszem byłoby nazwać to „azotemją hipochloruremiczną", chociaż nie zawsze azotemja ostra jest skutkiem hipochloremji. Azocicę ostrą obserwuje się po rozległych oparzeniach II. stopnia, przy szybkiem odwadnianiu ustroju obrzękłego, po szybkiem wypuszczeniu płynów przesiękowych. Na uboczu od tej grupy znajduje się azotemja w przebiegu cukrzycy, po krwotokach mózgowych i przy zaburzeniach w krążeniu. Chcąc ustrój wzbogacić w chlorki możemy podawać je *per os, per clismam*, oraz dożylnie. W razach, gdy musimy usunąć nadmiar chlorków z ustroju, możemy za przykładem Katscha, zapomocą odciągania soku żołądkowego osiągnąć dechloryzację ustroju, co jest rzeczą pożądaną w zaburzeniach krążenia, przebiegających z obrzękami lub przy nadciśnieniu z dusznicą bolesną.

Dr. Marynowska podkreśla dodatnie działanie terapji alkalizującej przy stanach mocznicowych, połączonych z hiperchloremją. Przytacza jako przykład obserwowany przez nią na oddziale niemowląt szpitala *Salpetrière* w Paryżu przypadek mocznicy u niemowlęcia ze znacznie podniesionym poziomem mocznika we krwi (12-krotnym), u którego stosowane w ciągu kilku dni podskórne podawanie 100 cm³ izotonicznego rozczynu dwuwęglanu sodu spowodowało wybitną poprawę. Przy wyborze odpowiedniej terapji należy kierować się stosunkami w rozmieszczeniu chloru. W stanach mocznicowych, połączonych z hipochloremją należy stosować podawanie rozczynów soli fizjologicznej względnie płynu Ringera. Dr. Marynowska wywołując ostrą doświadczalną mocznicę u psów stosowała również wstrzykiwania dwuwęglanu sodu lub chlorku sodu, przez co uzyskiwała przedłużenie życia zwierząt, w porównaniu ze zwierzętami, niepoddanemi tej terapji.

Prof. Januszkiewicz przestrzega przed szablonowem często nieumotywowanem a znacznem ograniczaniem spożycia soli, gdyż w pewnych okolicznościach może się to przyczynić do wywołania azocicy ostrej.

W odpowiedzi prelegentka zaznacza, że azocicę w przebiegu niedomogi serca można złożyć na karb uszkodzenia nerek spowodu zastoiny, azocicę w przebiegu rozległych oparzeń można wytłumaczyć wzmożonym rozpadem białek tkankowych, w ciężkiej cukrzycy pewną rolę odgrywa w azocicy uszkodzenie nerek przez kwasicę.

Sekretarz: *Doc. W. Zaleski.*

Protokół IX. posiedzenia z dnia 15 marca 1933 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. med. Wł. Jakowicki.

1. Dr. Zarcyn demonstruje *4 preparaty nerek, usuniętych podczas zabiegu operacyjnego* w następujących schorzeniach: roponerczu, powikłanem ropnem zapaleniem otrzewnej; wodonerczu, gruźlicy nerki i starem roponerczu ze zwyrodnieniem tłuszczowem ze zbiorowiskiem ropy obok nerki.

Pokazy ilustrowane zdjęciami rentgenowskiemi.

2. Doc. Dr. Mienicki przedstawia chorą z *erythema perstans* — Jadassohna — rzadką odmianą liszaja rumieniowatego.

U chorej M. W., lat 32, w VIII. m. ciąży wśród objawów niedomagania i łamania w stawach wystąpił nagle obrzęk i silne zaczerwienienie twarzy. Zmiany te nie ustępowały i po porodzie rozszerzyły się na inne miejsca ciała.

Obecnie widoczny jest obrzęk i zaczerwienienie rumieniowe w okolicy powiek dolnych i policzków; nasada nosa zgrubiała. Na owłosionej części głowy miejscami stwierdzić można zlewające się, pokryte łuską tarczki na nieco nacieczonej podstawie i ogólne rozsiane przerzedzenie włosów. Na mostku i szyi, prócz wykwitów rumieniowych widać nacieczone tarczki, zlekka pokryte łuską, i pojedyncze ogniska zanikowe i nieduże blizny. Wzdłuż ramion i przedramion przebiegają pasma ze zmianami zanikowemi. Na palcach, a poczęści i na grzbietowych powierzchniach rąk pojedyncze nieco wyniosłe plamki żywo-czerwone, wielkość których waha się od łebka szpilki do ziarnka grochu. W okolicach kolan rumienie i nieznaczne łuszczenie się. Na pośladku lewym rumień od 4-ch dni.

Chora odczuwa bóle w stawach, które niekiedy obrzmiewają; ciepłota ciała ulega wahaniu, wyrażającemu się podniesieniem się t^0 w czasie obostrzenia istniejących lub powstawania nowych wykwitów. OBW — ujemny. Pirquet — ujemny. Mantoux — dodatni — miejscowo i ogólnie (T^0 37,4). Prześwietlanie klatki piersiowej żadnych zmian w płucach nie wykazało. Mocz bez większych zmian.

Pokaz preparatów histologicznych wycinków skóry, które wykazują wadliwe i miejscami nadmierne rogowacenie, obrzęki w naskórku, warstwie brodawkowej i podbrodawkowej. Miejscami brodawki są spłaszczone.

Włókna sprężyste (barw. Weigerta) są rozluźnione (skóra twarzy), albo ścieńczałe i krótkie (skóra przedramienia).

Na pograniczu naskórka i warstwy brodawkowej znajdują się rozsiane komórki barwikowe, co wedle niektórych autorów (Gans) jest cechą patognomoniczną dla *erythema perstans*.

W dyskusji w odpowiedzi Prof. Jakowickiemu prelegent wyjaśnia, że udziału gruczołów dokrewnych nie można wyłączyć, lecz badań w tym kierunku dotąd nie było. Co się tyczy wpływu ciąży, to żadnych wniosków wysnuć nie można, gdyż jest to trzeci przypadek *erythema perstans*, który rozpoczął się w okresie ciąży.

3. Dr. Achmatowicz pokazuje *igłę sosnową, która spowodowała przebicie jelita cienkiego*, 50 cm poza zasłoną Bauhiniego. Igłę chora połknęła przed 7 miesiącami.

4. Dr. Majnemer: *W sprawie wpływu tenebrylu na ustrój ludzki.*

Badając wpływ na ustrój ludzki tenebrylu, nowego środka do urografji zstępującej, prelegent na podstawie obserwacji 16 przypadków wyciąga następujące wnioski:

1) Tenebryl w dawkach stosowanych do urografji dożylnej jest dla ustroju środkiem dosyć obojętnym;

2) Wydzielanie się tenebrylu przez nerki osiąga swe maksymum w pierwszych porcjach moczu, a kończy się po 10—11 godzinach i jest ściśle związane ze zdolnością czynnościową nerek: im więcej obniżona jest ta zdolność, tem dłużej trwa to wydzielanie;

3) Przebieg krzywej ciężaru gatunkowego moczu potenebrylowego może służyć do oceny zdolności czynnościowej nerek tylko w obustronnych schorzeniach nerek.

W dyskusji zabiera głos Prof. Z. Orłowski. Nie ulega wątpliwości, że urografja dożylna, aczkolwiek istnieje zaledwie kilka lat, zdobyła sobie w urologji pełne prawo obywatelstwa. Może o tem powiedzieć z tem większem prawem, że I Klinika Chorób Wewnętrznych U. S. B. kwestją urografji dożylnej zajmuje się od czasów jej powstania i ma osobiste doświadczenie co do uroselektanu, abrodylu, tenebrylu. Zadziwiające jest to tempo, z jakiem idzie rozwój urografji dożylnej: od 120 cm^3 40% roztworu uroselektanu w ciągu paru lat doszła ona do 20 cm^3 35% roztworu tenebrylu. Metoda ta przy prawidłowem uwzględnieniu wskazań jest tak nieszkodliwa, że w paru przypadkach zastosowano ją ambulatoryjnie. Zacięty spór o to, która metoda — zstępująca, czy wstępująca — jest wyższa, jest sporem jałowym: każda z nich ma swoje braki, swoje zalety, swoje granice; obie one wzajemnie uzupełniają się.

5. Prof. Dr. Eiger i Doc. Dr. Czarnecki: *Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał, działających na układ współczulny i obokwspółczulny.*

W pracy, stanowiącej dalszy ciąg doświadczeń, ogłoszonych już poprzednio, w których stosując metodę resekcji nerwów układu wegetacyjnego, wykazano wyraźny wpływ hamujący układu współczulnego na powstawanie i rozwój brodawczaków posmołowych, autorzy potwierdzają ten sam fakt, zastrzykując zwierzętom domięśniowo, podskórnie lub dożylnie środki pobudzające lub podrażniające układ nerwowy współczulny albo obokwspółczulny.

Na podstawie doświadczeń, wykonanych na 166 królikach, autorzy dochodzą do następujących wniosków:

1) Pobudzenie układu obokwspółczulnego, a więc głównie nerwu błędnego (pilokarpina, insulina), wpływa na przyśpieszenie pojawiania się guzów posmołowych oraz wywołuje szybszy i bujniejszy ich rozrost; podobny wpływ wywierają również środki porażające, względnie hamujące czynność lub sprawność układu współczulnego *(gynergène secacornin)*.

2) Adrenalina oraz dokrewne wydzieliny tarczycy, przysadki, grasicy i jąder hamują rozrost guzów posmołowych, natomiast insulina, gruczoły przytarczyczne oraz substancja korowa nadnercza przyśpieszają pojawianie się guzów.

W dyskusji: Prof. Dr. Pelczar mówi o szeregu zmian w ustroju zachodzących u chorych na nowotwory.

Prof. Jakowicki przypomina, że zmiany w układzie koloidów w przypadkach raka są podobne do zmian w ciąży. W dyskrazji ciążowej ilość cholesteryny jest względnie niska. Można też mówić o pewnej niedyspozycji do ciąży. Analogja ta raczej wskazywałaby na to, że udział układu nerwowo-roślinnego jest wtórny.

Prof. Lelesz podkreśla konieczność posługiwania się materiałem zwierzęcym standaryzowanym.

Dr. W. Karnicki nadmienia, że w swoich badaniach doświadczalnych stwierdził wpływ na rozwój nowotworów niektórych gruczołów dokrewnych.

W odpowiedzi Doc. Czarnecki: Celem zapobiegnięcia zatruciu zwierząt lub uniknięcia wręcz paradoksalnego działania środków wago- i sympatykotropowych, stosowano wstrzykiwania 2 razy tygodniowo, przyczem stwierdzono zazwyczaj wybitne działanie zastrzykiwanych substancyj na drodze wyraźnego odruchu naczynioruchowego, bądź ogólnego działania na cały ustrój zwierzęcia.

W sprawie używania do doświadczeń zwierząt standaryzowanych — jest to ideał, jednak prawie niedościgniony w naszych warunkach pracy eksperymentalnej, zwłaszcza jeśli chodzi o większą liczbę zwierząt doświadczalnych.

6. Prof. Dr. Pelczar i Murza-Murzicz: *Przemiana potasowa w awitaminozie B.*

W dotychczasowych badaniach nad awitaminozą B ptaków, badanie potasu nie było dostatecznie uwzględnione, jakkolwiek można wnioskować z badań Schlimazono, Graefego, Zondeka, Reitera i innych, że zmiany te zachodzą.

Prelegenci badali zawartość potasu w tkankach normalnych gołębi, przyczem ustalili po raz pierwszy, że zawartość potasu u ptaków w stosunku do zawartości u ssaków jest wyższa; w przebiegu awitaminozy wartości te zmieniają się, zależnie od obrazu choroby, przyczem w różnych organach wartości te są zmienne.

W przypadkach porażennych spada zawartość potasu w sercu i wątrobie, wzrasta natomiast w mózgu. Pozatem stwierdzić można było zwiększenie zawartości wody w mięśniu sercowym. U gołębi żywionych z nadmiarem witamin B zawartość potasu ulega pewnej stabilizacji, można stwierdzić pewne zwiększenie potasu we wszystkich prawie tkankach badanych.

Z badań tych więc wynika, jak się zdaje, że witaminy B względnie stany chorobowe, spowodowane brakiem witamin B, wiążą się ze zmianami zawartości potasu w tkankach.

W dyskusji zabierał głos Prof. Lelesz.

Sekretarz: *Dr. J. Ryll-Nardzewska.*

KOMUNIKATY URZĘDOWE.

Ministerstwo Opieki Społecznej.
Nr. ZW. 103/33.

Warszawa, dnia 28 września 1933 r.

Odpis.

Okólnik Nr. 35/33.

Delegowanie Naczelników Wydz. Zdrowia na Kurs OPLG.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku z nałożeniem na Wojewódzkie Wydziały Zdrowia bardzo odpowiedzialnych obowiązków w zakresie nadzoru nad organizacją ratownictwa sanitarnego OPLG biernej (ZW/6/M z 4. V. 1933 i inne), Ministerstwo Opieki Społecznej

postanowiło wezwać wszystkich Kierowników Wydziałów Zdrowia (lekarzy) do Warszawy na tygodniowy kurs instrukcyjny w celu zapoznania ich, jako odpowiedzialnych kierowników tej akcji na terenie województw, z teoretycznemi podstawami ratownictwa zagazowanych oraz z praktycznemi zadaniami w tym dziale.

Odpowiedni kurs, którego program załącza się, odbędzie się pomiędzy 23 a 28 października r. b. w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego (Szpital Ujazdowski) w Warszawie.

Powiadamiając o powyższem, Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu) o delegowanie lekarzy wojewódzkich, Naczelników Wydziałów Zdrowia, względnie Kierowników Działów Zdrowia na ten kurs w terminie oznaczonym.

Minister: (—) *Dr. S. Hubicki.*

Kurs obejmuje wykłady następujące:

1. Chemja gazów bojowych (3 godz. wykł. 3 godz. ćwicz.). 2. Obrona przeciwgazowa indywidualna (3 godz. wykł. 2 godz. ćwicz.). 3. Obrona przeciwgazowa zbiorowa (4 godz. wykł.) 4. Obrona przeciwlotnicza czynna i bierna (4 godz. wykł.). 5. Pokaz pracy drużyn odkażających (3 godz. ćwicz.). 6. Możliwości wojny bakterjologicznej i zatrucia pokarmowe podczas wojny (2 godz. wykł.). 7. Technika walki gazowej z meteorologią (2 godz. wykł. 2 godz. ćwicz.). 8. Toksykologja gazów bojowych (4 godz. wykł. 3 godz. ćwicz.). 9. Ratownictwo i praca drużyn ratowniczych (4 godz. wykł. 4 godz. ćwicz.). 10. Pokaz sprzętu transportowego (2 godz. ćwicz.). 11. Rola Kas Chorych w OPLG i ratownictwie (2 godz. wykł.). 12. Organizacja LOPP i PCK (1 godz. wykł.). Razem 29 godz. wykł. i 19 godz. ćwicz.

Pozatem w godzinach wieczornych odbywałyby się: Odczyty: obrona wnętrza kraju (1 godz.). Rola Kas Chorych w OPLG i ratown. w oświetleniu M. O. S. (1 godz.). Pokaz sprzętu około 6 godz.

Egzamin i repetycje odbywałyby się w godzinach wieczornych.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

21. X. b. r. przypada setna rocznica urodzin Alfreda Nobla, inżyniera i właściciela fabryki amunicji, twórcy najwartościowszej nagrody międzynarodowej za wybitne zasługi na polu nauk przyrodniczych, literatury i około ugruntowania pokoju światowego.

Dr. Wacław Jakowicki, profesor nadzwyczajny ginekologji i położnictwa U. S. B. w Wilnie, mianowany został profesorem zwyczajnym tego przedmiotu.

Zmarli.

Dr. Bronisław Karaffa-Korbut, lekarz Kasy Chorych w Warszawie, b. lekarz kolei środkowo-azjatyckich, b. dyrektor szpitala epidemicznego w Nowogródku, zmarł 8. X. b. r. w Woli Justowskiej pod Krakowem.

Dnia 8 października zmarł w Warszawie dr. Adam Wincenty Ciągliński, były naczelny lekarz kolei warszawsko-wiedeńskiej i były naczelnik Wydziału Statystycznego Ministerstwa Zdrowia. Żył lat 72.

Dr. Jerzy Joannović w Białogrodzie, pierwszy organizator wydziału lekarskiego w tem mieście w roku 1920, prof. anatomji patologicznej.

Dr. Ch. Martell, kapitan-lekarz, zmarł w Waszyngtonie spowodu nowotworu przytarczyc. Ciało swe, które straciło 35 cm swej wysokości, przeznaczył on dla badań lekarskich.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XIV posiedzenie Wydz. Lek. Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu odbyło się w piątek, dnia 13 października 1933 r. 1. Komunikaty Zarządu. 2. Pokazy. 3. Doc. Dr. T. Kucharski: Zakażenia pokarmowe paradurowe.

W Turynie odbył się międzynarodowy Zjazd lekarzy sportowych pod przewodnictwem prof. Cassini.

Medycyna społeczna.

We Lwowie staraniem władz miejskich otwarto przy ul. Janowskiej 130 filję Miejskich Zakładów dla nieuleczalnych, której 40 łóżek przeznaczonych jest dla chorych gruźliczych. Filja ta odciąży przepełnione zakłady dotychczasowe przy ul. Bilińskich i Zborowskich.

Sanatorjum dla narkomanów. W dniu 15 października b. r. odbyło się uroczyste otwarcie sanatorjum dla narkomanów w Świacku koło Grodna. Zakład jest obliczony na 100 łóżek. Posiada urządzenia fizykoterapeutyczne i elektroterapeutyczne. Przy sanatorjum została urządzona duża ferma rolna i warsztaty rękodzielnicze, w których mogą pracować pacjenci.

Różne.

Badania nad hodowlami tkankowemi zarazków przesączalnych nabierają już znaczenia praktycznego, dając nadzieję, iż może już w niedługiej przyszłości będzie można oszczędzić życie ewentualnie cierpienia wielkiej ilości zwierząt, związanych z wytwarzaniem szczepionek przeciw zarazkom przesączalnym. Na przykład podaćby można badania Herzberga, według którego dla uzyskania 100,000 porcyj szczepionki przeciwospowej (krowianki) trzeba użyć albo 8—10 cieląt albo — w hodowli tkankowej — 10 białek jaj kurzych. Także i koszta szczepionek będą mogły w ten sposób znacznie się zmniejszyć.

Koszta żywności w Polsce ulegają stałemu obniżeniu. W porównaniu do roku 1927 wskaźnik kosztów żywności obniżył się przeciętnie do połowy, ale i w ostatnim czasie spadek cen stale się utrzymuje. I tak np. ceny sierpniowe 1933 w porównaniu z lipcowemi obniżyły się procentowo: w Warszawie o 8.5%, Łodzi 8.3, Piotrkowie 13.3, Częstochowie 11.5, Lublinie 7.6, Białymstoku 2, Wilnie 8.6, Poznaniu 4, Katowicach 8.2, Bielsku 4,6, Krakowie 10.1, Lwowie 7.6, Stanisławowie 0.2.

Regulacja rzeki metodą wybuchową. W Drążdżewie pod Przasnyszem odbył się dnia 10 sierpnia pokaz regulacji rzeki Orzyc — dopływu Narwi — zapomocą wybuchu dynamitu, zorganizowany przez Państwową Fabrykę Prochu w Pionkach. Prace regulacyjne miały na celu pogłębienie dna rzeki i wyprostowanie jej koryta. Dotychczas płytka i błotnista rzeka zalewała wielkie obszary łąk, uniemożliwiając prawie całkowicie zbiór siana. Regulacja miała zatem na celu osuszenie łąk i zaprowadzenie spławności. Zapoczątkowane w roku ubiegłym próby zostały wzmożone w roku bieżącym i dały wynik pozytywny, obniżając znacznie dotychczasowy poziom wody. Prace dokonane były na kilku odcinkach, przytem największy odcinek wynosił 180 m i podminowany został 1350 kg dynamitu. Założenie dynamitu (metoda „zastrzykowa") na tym odcinku trwało zaledwie kilka godzin, toteż zastosowanie tej nowej metody daje możność nader szybkiego wykonania przy znacznie niższych kosztach w stosunku do pracy ręcznej. Inicjatywę Państwowej Wytwórni Prochu należy powitać z wielkiem uznaniem z uwagi na wielki efekt gospodarczy. (Przemysł Chemiczny).

Wśród zjazdów lekarskich znajdują się zespoły, powiedzmy niezwykłe. I tak z początkiem września b. r. odbył się w *Bordeaux* zjazd lekarzy przyjaciół win francuskich. Cechowała zapewne zjazd pogoda ducha francuskiego, nie bez znaczenia także były względy handlowe.

Sprostowania omyłki druku.

W sprawozdaniu ze zjazdu Przyrodników i Lekarzy, w części pisanej, przez dr. Czyżewskiego (Nr. 41, str. 801, 8. wiersz od dołu) ma być *„evipanu"* zamiast *„eripanu"*.

Redakcja otrzymała:

M. Mutel et R. Rousseaux: Les traumatismes fermés du rachis. Masson et Cie, éditeurs. Paris.

K. Dąbrowski, J. Gackowski i W. Sznajder: Ziarnica złośliwa ze zmianami w skórze i znaczną eozynofilją we krwi. Odb. „Gruźlica". R. 8, Nr. 3, 1933 r.

J. Stopczyk: Otok olejowy. Odb. „Gruźlica". R. VIII. Nr. 4. 1933 r.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA NA KWARTAŁ IV-ty

w kraju . . . . zł 14.—

zagranica . . . . $ 2.50